

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra Psychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

BPQ - Příspěvek k validizaci

BPQ – Contribution to a validation study

Kateřina Koutná

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie a speciální pedagogika

2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma BPQ – příspěvek k validizaci vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 15. 4. 2016

.....

podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala docentu Markovi Preissovi za jeho vstřícnost a trpělivost při vedení mé bakalářské práce a za poskytnutí dat bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Karlovi Rieglovi a Mgr. Ondřeji Bezdíčkovi za jejich cenné rady a za podporu při psaní této práce.

ANOTACE:

Tato bakalářská práce se zabývá českou verzí dotazníku pro hraniční poruchy osobnosti – BPQ (Borderline Personality Questionare). Jejím cílem bylo ověřit psychometrické vlastnosti dotazníku. Využila jsem vlastní vypracovaná data sesbíraná v rámci větší studie NÚDZ zaměřené na validizaci dotazníkových metod měřící různé facety fungování osobnosti. Podrobnou analýzou těchto dat jsem došla k závěru, že je dotazník vysoce vnitřně konzistentní. Dále jsem stanovila předběžné percentilové normy a porovnála psychometrické vlastnosti české verze s původní americkou verzí.

KLÍČOVÁ SLOVA:

osobnost, poruchy osobnosti, hraniční porucha osobnosti, dotazník pro hraniční poruchy osobnosti – BPQ

ANNOTATION:

This thesis deals with the Czech version of the BPQ (Borderline Personality Questionare). It aims to verify the psychometric properties of the questionnaire. I used self-compiled data collected in the context of a larger study NÚDZ focused on validation of a questionnaire method measuring different facets of personality functioning. By way of a detailed analysis of this data, I concluded that the questionnaire is highly internally consistent. Furthermore, I set preliminary percentile standards and compared the psychometric properties of the Czech version of the original American version.

KEYWORDS:

Personality, personality disorders, borderline personality disorder, Borderline Personality Questionare- BPQ

OBSAH

1. ÚVOD	6
2. TEORETICKÁ ČÁST	8
2.1. VYMEZENÍ POJMŮ	8
2.1.1. Vymezení pojmu osobnost.....	8
2.1.2. Vymezení a charakteristika pojmu porucha osobnosti.....	9
<i>Definice poruch osobnosti podle statistických manuálů MKN-10 a DSM-IV.....</i>	<i>10</i>
2.2. VYMEZENÍ A CHARAKTERISTIKA HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI	11
2.2.1. Historie vzniku diagnózy	11
2.2.2. Obecně o hraniční poruše osobnosti	11
2.2.3. Průběh a prognóza hraniční poruchy osobnosti	13
2.2.4. Etiologie hraniční poruchy osobnosti	14
2.2.5. Epidemiologie hraniční poruchy osobnosti.....	14
2.3. DIAGNOSTIKA HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI.....	15
2.3.1. Klasifikace hraniční poruchy osobnosti podle statistických manuálů	15
<i>Diagnostika podle evropského statistického manuálu MKN-10</i>	<i>15</i>
<i>Diagnostika podle amerického statistického manuálu DSM-IV.....</i>	<i>17</i>
2.3.2. Diferenciální diagnostika hraniční poruchy osobnosti	18
2.3.3. Problematika diagnostiky poruch osobnosti	19
2.3.4. Metody používané při diagnostice hraniční poruchy osobnosti.....	21
2.3.5. <i>Nástroje pro měření hraniční poruchy osobnosti používané v České Republice</i>	<i>24</i>
2.4. BPQ – DOTAZNÍK PRO HRANIČNÍ PORUCHU OSOBNOSTI.....	27
2.4.1. Obecně o BPQ - Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti.....	27
2.4.2. Vznik BPQ - Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti.....	28
2.4.3. Výzkumný soubor.....	29
2.4.4. Procedura	29
2.4.5. Výsledky studie	30
<i>Vnitřní konzistence BPQ - Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti.....</i>	<i>31</i>
<i>Validita BPQ - Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti.....</i>	<i>32</i>
2.4.6. BPQ - Dotazník pro hraniční poruchu osobnosti v kontextu dalších studií	33
2.4.7. Shrnutí teoretické části	34
3. PRAKTICKÁ ČÁST	35
3.1. PŘEDMĚT A CÍLE VÝZKUMU:	35
3.2. VÝZKUMNÝ SOUBOR A VÝZKUMNÁ METODA	35
3.2.1. Výzkumný soubor.....	35
3.2.2. Sběr dat.....	36
3.2.3. Použité metody.....	36
3.3. ANALÝZA DAT	37
3.4. VÝSLEDKY	38
3.4.1. <i>Ověření normality rozložení četností skóre BPQ.....</i>	<i>38</i>

3.4.2. Vnitřní konzistence BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti a jeho jednotlivých subškál.....	38
3.4.3. Korelace mezi jednotlivými subškálami a mezi subškálou a celkovým skórem.....	40
3.4.4. Souvislost výsledných skóre BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti.....	41
s věkem.....	41
3.4.5. Rozdíly v průměrném skóru BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti.....	41
mezi dvěma věkovými skupinami	41
3.4.6. Rozdíly v průměrném skóru BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti mezi národnostmi	42
3.4.7. Porovnání pohlaví a průměrného skóru BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti	44
3.4.8. Porovnání průměrného skóre BPQ - Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti a jeho subškál u obou pohlaví mezi národnostmi	45
3.4.9. Stanovení předběžných norem BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti.....	47
4. DISKUSE.....	48
4.1. VNITŘNÍ KONZISTENCE BPQ – DOTAZNÍKU PRO HRANIČNÍ PORUCHU OSOBNOSTI	48
4.2. KORELACE SUBŠKÁL S OSTATNÍMI SUBŠKÁLAMI A VÝSLEDNÝM SKÓREM.....	49
4.3. POROVNÁNÍ PRŮMĚRNÉHO SKÓRU MEZI AMERICKÝM A ČESKÝM SOUBOREM.....	50
4.4. POROVNÁNÍ POHLAVÍ A PRŮMĚRNÉHO SKÓRU BPQ – DOTAZNÍKU PRO HRANIČNÍ PORUCHU OSOBNOSTI	51
5. ZÁVĚR	53
6. SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	55
7. SEZNAM PŘÍLOH	58

1. Úvod

Hraniční porucha osobnosti je považována za nejčastěji se vyskytující poruchu osobnosti, se kterou se psychiatři a psychologové v praxi setkávají. Navzdory tomuto faktu se od diagnózy hraniční porucha osobnosti snaží pokud možno co nejvíce distancovat. Pro efektivní léčbu a správnou medikaci je však nezbytné provést správnou diagnostiku. K tomuto účelu nám kromě klinického pozorování a nestrukturovaného rozhovoru slouží také standardizované nástroje.

V zahraniční literatuře se objevuje relativně velmi malé množství nástrojů k měření hraniční poruchy osobnosti ve srovnání s těmi, kterými se měří například schizotypní porucha osobnosti.

V České republice je diagnostika této poruchy osobnosti ještě obtížnější. Nástroje měřící hraniční rysy podle statistických manuálů jsou sice k dispozici, ale žádný z nich není zaměřen výhradně na kritériální diagnostiku hraniční poruchy osobnosti podle DSM-IV (Americký statistický manuál duševních poruch). Podkladem k diagnostice jsou širší dotazníky zaměřené na celý komplex duševních poruch osobnosti. V celkovém penzu dotazníkových položek může být jen omezená část soustředěna na hraniční rysy osobnosti, což neumožňuje změřit komplexně jednotlivá kritéria pro specifikaci hraniční poruchy osobnosti uváděné v DSM-IV.

Tato skutečnost přiměla odborníky z NÚDZ (Národní ústav duševního zdraví) hledat dostatečně validní a reliabilní nástroj schopný změřit všech devět kritérií hraniční poruchy osobnosti obsažených v DSM-IV.

Jako nejspolehlivější se na základě několika zahraničních studií prokázal Borderline Personality Questionnaire - BPQ. Tento dotazník byl přeložen do češtiny doc. Markem Preissem a administrován souboru české neklinické populace ($N = 351$) v testové baterii spolu s dalšími dotazníky měřícími facety fungování osobnosti. Vyplněný dotazník se zadal do databáze, která byla k dispozici pro následné zpracování a statistickou analýzu.

Cílem mé bakalářské práce bude tedy tato data zpracovat, zjistit psychometrické vlastnosti české verze BPQ (níže v textu také jako Dotazník pro hraniční poruchu osobnosti) a přispět k jeho validizaci na českém neklinickém souboru.

Tato práce je rozdělena do čtyř hlavních kapitol. Kapitola 2 poskytuje teoretický rámec, který je dále rozdělen na čtyři hlavní části. V kapitole 2.1 vymezují pojmy osobnost a hraniční porucha osobnosti. V kapitole 2.2 podávám stručný přehled o hraniční poruše osobnosti. Kapitola 2.3 pojednává o diagnostice hraniční poruchy osobnosti a nástrojích, které ji mohou změřit. Kapitola 2.4 popisuje BPQ a validizační studii, o kterou se budeme dále opírat v praktické části. V kapitole 3 se seznámíme s výzkumem, který je předmětem této práce. Uvádím zde předmět a cíl výzkumu, popisuji výzkumný soubor, analyzuji data a předkládám výsledky této analýzy. Kapitola 4 obsahuje interpretaci výsledků a kritické zhodnocení této práce. V závěrečné kapitole 5 jsou všechny tyto poznatky shrnuty.

2. Teoretická část

2.1. Vymezení pojmů

Pro jasnější porozumění následujícímu textu bych ráda na začátku této práce vymezila dva pojmy – pojem osobnost a pojem porucha osobnosti.

2.1.1. Vymezení pojmu osobnost

Při vymezení pojmu porucha osobnosti je dobré si nejdříve ujasnit, co si představujeme pod samotným pojmem osobnost. V psychologii existuje mnoho pojetí a definic osobnosti napříč různými směry, tyto směry a teoretická východiska pohlízejí na osobnost velmi odlišně a často až zcela protikladně a je proto velmi náročné definovat osobnost pouze jedním způsobem.

Mezi 4 hlavní proudy pohlízející na osobnost odlišně bychom mohli zařadit pojetí kolekcionistické, strukturalistické, systémové a metaindividuální.

- 1) **Kolekcionistické pojetí** popisuje osobnost jako seznam prvků, které ji vytvářejí. Například definice Ribota (T. Ribot, 1908 in Smékal, 2002), která říká, že „osobnost je svazek potřeb, snah, přání a odporů vázaný na organický život.“
- 2) **Strukturalistické pojetí** na rozdíl od kolekcionistického už není pouhým součtem vlastností osobnosti. Smékal uvádí několik těchto pojetí – prvním je integrativní (osobnost je to, co podmiňuje organizaci a zaměřenost jednání lidí), dále hierarchické (chápe osobnost jako vícepatrový systém a na rozdíl od integrativního chápání jí rozděluje vertikálně. Například Freudovo id, ego a superego), adaptační (tzv. Allportova definice - „Osobnost je dynamická organizace těch psychofyzických systémů individua, které determinují jeho charakteristické chování a prožívání“) a nakonec diferenční (snaží se upozornit na to, v čem je člověk odlišný od ostatních lidí a v čem je shodný).
- 3) **Systémové teorie** – chápe osobnost jako systém vlastností vznikajících socializací a přetvářením vnitřních podmínek bytí člověka determinujících jeho chování.

- 4) **Metaindividuální přístup** – osobnost je tvořena souborem vlastností, pomocí nichž si aktér vysvětluje své jednání nebo pocity, případně tím, jak je vnímán druhými - co mu druzí připisují jako determinanty jeho chování výroků a činů (Smékal, 2002).

V této práci se však budu opírat o definici Jána Praška, kterou uvádí ve své knize *Poruchy osobnosti „osobnost představuje individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, které se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích“* (Praško, 2003).

2.1.2. Vymezení a charakteristika pojmu porucha osobnosti

V návaznosti na Praškovu definici osobnosti bych tedy popsala poruchy osobnosti jako soubor charakterových a temperamentových rysů, které se extrémně odchyľují od rysů projevujících se u většinové populace. Mezi tyto rysy zařazujeme hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, které se projevují jako stereotypní reakce na široký rozsah osobních a sociálních situací (Praško, 2003).

Vzorce chování, pohled na sebe a svět, jež jsou trvalé a dlouhodobé, jsou pro samotné nositele poruchy osobnosti zpravidla přijatelné i přesto, že vedou ke konfliktům s ostatními. Lidé s poruchou osobnosti mají totiž tendenci obviňovat ze svých problémů okolní svět. Velmi často si stěžují, že jim ostatní brání, aby mohli být spokojení, nebo jsou k nim nespravedliví. Porucha osobnosti vede ke značné osobní nepohodě a bývá obvykle sdružená s problémy v zaměstnání, škole nebo společenské oblasti. Může předcházet jiným psychickým poruchám nebo se s nimi vyskytovat současně, což bývá poměrně časté. S poruchami osobnosti souvisí například úzkosti, somatoformní poruchy, deprese nebo závislosti na návykových látkách (Praško, 2003).

První příznaky poruch osobnosti se objevují nejčastěji ve věku pozdního dětství nebo adolescence a přetrvávají až do konce života. V průběhu života dochází k určitým výkyvům vyvolaných různými životními situacemi, jak vnějšími (problémy v oblasti práce, školy, vztazích, atd.), tak vnitřními (nemoc, životní krize, atd.). Ve stáří se pak některé rysy umírňují, mohou se však ve větší míře vyskytovat paranoidní rysy a lítostivost.

V literatuře je porucha osobnosti zmíněná jako relativně častá diagnóza a v průměru se uvádí, že jí trpí 10% celkové populace, přičemž mezi pacienty vyhledávajících psychoterapii je zhruba 50% lidí s poruchou osobnosti (Coolidge a Segal, 1998, Praško, 2003, Smolík 2002).

Definice poruch osobnosti podle statistických manuálů MKN-10 a DSM-IV

Podle mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize jsou poruchy osobnosti *„hluboce zakořeněné a trvalé vzorce chování, ukazující neměnnou odpověď na širokou škálu osobních a sociálních situací. Reprezentují extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště má vztahy k druhým. Takové vzorce chování mají tendenci být stabilní a zahrnovat různé oblasti chování a psychologického fungování. Jsou často i když ne vždycky, sdruženy s různým stupněm subjektivní tísně a narušení sociálního výkonu“* (MKN-10, 2014).

MKN-10 poruchy osobnosti rozděluje následovně - paranoidní porucha osobnosti, schizoidní porucha osobnosti, emočně nestabilní porucha osobnosti – sem spadá hraniční a impulzivní typ, histrionská porucha osobnosti, anankastická porucha osobnosti, anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti, závislá porucha osobnosti, jiné specifické poruchy osobnosti – sem patří excentrická, „haltlos“ (nezdrženlivá), nezralá, narcistická, pasivně-agresivní, psychoneurotická. Dále sem patří smíšené a jiné poruchy – F61 a přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku – F62 (MKN-10, 2014).

Americký diagnostický a statistický manuál – DSM-IV definuje poruchy osobnosti jako *„přetrvávající vzorce prožívání a chování, které se významně odlišují od očekávání v kultuře, ve které jedinec žije, je rozsáhlý a nepružný, má počátek v adolescenci nebo v raném dětství, je stabilní v průběhu času a způsobuje utrpení nebo poškození“* (American Psychiatric Association, 1995).

Patří sem – paranoidní, schizoidní a schizotypní porucha osobnosti, antisociální, hraniční, histrionská, narcistická porucha osobnosti, vyhýbavá, závislá a obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti, jiná specifikovaná porucha osobnosti (American Psychiatric Association, 1995).

Hraniční porucha osobnosti se zde objevuje jako samostatná diagnóza, na rozdíl od MKN-10, kde je pojmenována jako emočně nestabilní porucha osobnosti a rozdělena na impulzivní a hraniční typ.

2.2. Vymezení a charakteristika hraniční poruchy osobnosti

2.2.1. Historie vzniku diagnózy

Pojem hraniční byl prvně zmíněný C. H Hughesem roku 1884 v článku Borderland Psychiatrists Records pro soubor symptomů, který nebyl diagnostikovaný čistě jako neuróza nebo psychóza.

Sigmund Freud tyto symptomy typické pro hraniční poruchu osobnosti zařadil do podskupiny hysterie. V roce 1938 psychoanalytik Adolf Stern pak tyto symptomy zařadil pod výraz hraniční skupina neuróz (Stern, 1938). V roce 1967 O. F. Kernberg popsal projevy hraniční osobnosti jako stupeň psychologického fungování. Důležité rysy těchto projevů byly primitivní obrany, kam patří například štěpení, projektivní identifikace, rozptýl identity a potíže při testování konfrontace s realitou. O. F. Kernberg viděl příčinu nemoci v opuštění a nedostatečné rané výchově dítěte. Jako způsob léčby navrhl analýzu.

R. Grinker v roce 1968 popsal hraniční pacienty ve své knize hraniční syndrom jako pacienty se specifickou poruchou.

Od roku 1980 je soubor hraničních symptomů zaveden v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch DSM – III jako hraniční porucha osobnosti (Hasler et al., 2014).

2.2.2. Obecně o hraniční poruše osobnosti

Hraniční porucha osobnosti (v anglické literatuře známá pod pojmem borderline syndrom) se projevuje zejména nevyhraněností a nestabilitou v oblasti sebepojetí a narušením emočního prožívání i uvažování (Vágnerová, 2004).

Níže uvádím několik oblastí, v kterých se narušení u hraničních pacientů projevuje:

- 1) **Nestabilita v oblasti sebepojetí** - tito lidé postrádají pocit vnitřní konzistence - často mluví o tom, že neví, kým jsou nebo jak se ve skutečnosti cítí (Praško, 2003). Z nejistoty ze sebepojetí vyplývá mnoho zástupných problémů. Problém identity se u těchto pacientů například nezřídka projevuje sexuální nevyhraněností, dále pocity nejistoty, ohroženosti, neschopnosti najít si nějaký cíl či zvolit si aktivitu. Často trpí chronickými pocity nudy (Vágnerová, 2004).

- 2) **Dichotomické uvažování** (tzv. černobílé vidění) – Rohr toto uvažování nazývá afektivním rozštěpením. Říká, že pacientům s hraniční poruchou osobnosti chybí schopnost okolí posuzovat jako diferencovaný celek s jeho dobrými i špatnými vlastnostmi. Vidí vždy jen jednu stránku, buď tu dobrou anebo tu špatnou (Rohr, 2012) a ve vztahu s dalšími lidmi se tyto póly mohou velmi rychle střídat (Praško, 2003). Diferencovaného pohledu nejsou pravděpodobně schopni, protože taková nejednoznačnost by posilovala jejich pocity nejistoty. Nejde tedy o poruchu rozumových schopností, ale narušení k posuzované realitě (Vágnerová, 2004).
- 3) **Narušené emoční prožívání** – narušené prožívání v oblasti emocí se nejčastěji projevuje chronickými pocity prázdnoty a nestabilitou citového prožívání, které pacient ventiluje jako výkyvy nálad a zvýšenou afektivitou (zlostné výbuchy, které dovedou vyvolat i nepatrné podněty) (Vágnerová, 2004). Praško uvádí, že se u těchto lidí objevuje afektivní dysregulace – tzn. že nedokáží odložit emoční impuls, který jim přináší krátkodobou úlevu. Pacienti nejsou schopni tuto afektivní dysregulaci nijak kognitivně korigovat. Tato neschopnost se projevuje tak, že přestože si postižený uvědomuje příčinu svého autodestruktivního chování a dokáže jej i dobře zhodnotit, pokládá ho za přiměřený (Praško, 2003). Tito lidé také velmi často bývají úzkostně a depresivně laděni (Vágnerová, 2004) a objevují se u nich pocity hněvu (Praško, 2003).
- 4) **Nestálost ve vztazích** – Interpersonální vztahy bývají intenzivní, nespokojené, velmi divoké (Praško, 2003). Hraniční pacienti na své partnery kladou tak nepřiměřené požadavky, že se vztahy velmi často pod touto tíhou brzy rozpadají (Vágnerová, 2004). Rohr je specifikuje jako vztahy jednostranně koncentrované na potřeby jedince s hraniční poruchou osobnosti, který klade na partnera nesmírné nároky, ale k jeho potřebám je zcela bezohledný. Partneři jsou tedy instrumentalizováni a manipulováni pouze k uspokojení jejich vlastních potřeb (Rohr, 2012). Většina těchto pacientů se během života naučila, že extrémní emocionální projevy jsou potřebné k získání pozornosti a pomoci od druhých. Protože si nejsou jisti druhými lidmi a jejich vztahy, vytvářejí buď závislé a těsné svazky, nebo se naopak chovají distancovaně a chladně (Praško, 2003). Nové vazby často bývají výsledkem impulsu a jsou velmi intenzivní (Vágnerová, 2004).

- 5) **Sebepoškozující a sebevražedné tendence** – Agrese hraničních pacientů se často obrací proti jim samotným. Mají sklon k sebepoškozujícímu chování např. sexuální excesy či užívání drog, pálení cigaretou, pořezání kůže ostrým předmětem, bušení končetinou nebo hlavou do zdi apod. (Praško, 2003). Tito pacienti mívají ve zvýšené míře i suicidální tendence (Vágnerová, 2004).
- 6) **Nadměrná simplifikace** – řešení problémů v životě - Další tendencí je nadměrná simplifikace řešení problémů v životě, která neodpovídá intelektu. K problémům se postižení často staví bezmocně a vynucují si pomoc, nebo je řeší zkratkovitě. Jednotlivé problémy pro ně znamenají "krizi". Život se podobá dramaticky napsanému televiznímu seriálu. Rovněž pracovní anamnéza velmi často ukazuje na těžký funkční deficit. Pracovní prostředí může být jedním z kolbišť, kde se odehrává boj za zachování vlastní identity oddělené od identity ostatních spolupracovníků (Janošková & Daviesová, 1999, in Praško, 2003). Konflikty s nadřízenými jsou na denním pořádku. Pracovní vzorce jsou charakteristické nestálostí, intenzivním zaujetím s následným náhlým ukončením činnosti, nedostatkem uspokojení z práce, problémy ve vztazích (Praško, 2003).

2.2.3. Průběh a prognóza hraniční poruchy osobnosti

Průběh této nemoci bývá značně kolísavý. Jedinci s touto poruchou selhávají v oblasti sociální i pracovní a dosahují obvykle menší kvality života. Málokdy uzavírají manželství (Smolík, 1996).

Objevuje se intenzivní a všude se vyskytující anxiozita a depresivní epizody. Mohou se také vyskytnout krátkodobé psychotické epizody související se stresem nebo užíváním drog (Praško, 2003). Porucha však neústí ve schizofrenii (Smolík, 1996). Pacienti se také mohou opakovaně a vehementně dožadovat hospitalizace, i když se to ze zdravotního hlediska nejeví jako indikované. Nezřídka k ní však dochází v rámci krizové intervence (Praško, 2003).

Stav se lepší s přibývajícím věkem pacienta (Smolík, 1996), nejrychleji mizí impulzivní znaky, nejvyšší chronicitu vykazují afektivní znaky. Ve středním věku už splňuje kritéria pro diagnózu hraniční porucha osobnosti jen malé procento pacientů. I přes tato symptomatická zlepšení však mají tyto lidé většinou celoživotní problémy v osobním životě v rovině vztahů – jsou častěji rozvedení, mají horší mezilidské vztahy

s rodiči a sourozenci nebo problémy v zaměstnání – často jej mění a dosahují menších úspěchů. Téměř 10 % z nich spáchá sebevraždu (Trokanová, 2010).

2.2.4. Etiologie hraniční poruchy osobnosti

Příčina vzniku hraniční poruchy osobnosti je neznámá. Podle Rohra vzniká hraniční porucha osobnosti pravděpodobně v raném dětství (Rohr, 2009). Nabízí se však několik vysvětlení pro etiologii této poruchy.

V úvahu přichází podíl organicity (perinatální poranění mozku, encefalitida, poranění hlavy, atd.) (Smolík, 1996).

Nesporný vliv na hraniční poruchu má i prostředí. Nejčastěji se objevují faktory sexuálního zneužívání v dětství, fyzické a psychické týrání, zanedbávání dítěte nebo ztráta jednoho z rodičů (Gabbard, 2000).

Ve studii Zanariniho (Zanarini, 1989) bylo zjištěno, že lidé s hraniční poruchou osobnosti v porovnání s jinými poruchami osobnosti významně častěji uváděli, že byli v minulosti zneužíváni - zejména sexuálně a verbálně. Dále uvádějí častější zážitek rané separace. V porovnání s antisociálními pacienty se hraniční pacienti častěji setkali v minulosti se zanedbáváním ze strany pečujících osob, zejména pak s jejich emočním stažením. Autoři výzkumu nakonec docházejí k závěru, že rozvoj hraniční poruchy osobnosti se silněji váže na anamnézu zneužívání než na anamnézu zanedbávání v dětství.

Častý výskyt depresivních epizod u hraničních pacientů, dobrá reakce na antidepressiva a lithium, dále nález snížených koncentrací kyseliny 5- hydroxyindoloctové (5-HIAA) v moku u impulzivních, agresivních nebo suicidálních pacientů, vedl k úvahám o úloze dysfunkce serogonerního systému (Siever, 1990 in Praško, 2003).

S největší pravděpodobností se však jedná o interakci několika faktorů (Praško, 2003).

2.2.5. Epidemiologie hraniční poruchy osobnosti

Hraniční porucha se objevuje u 1 – 2% všeobecné populace. Bývá dvakrát častější u žen než u mužů (Vágnerová, 2004). Nejvíce převládá mezi dospívajícími a objevuje se méně často u jedinců ve věku přes 35 let (Stone, 1990, in Poreh et. al, 2006). Diagnóza hraniční poruchy osobnosti se také častěji objevuje u ovdovělých nebo svobodných lidí (Swartz, 1990).

Porucha se více objevuje u dětí matek s touto poruchou. Dále v rodinách s větší prevelancí poruch nálady, disociálních poruch osobnosti a poruch z užívání psychoaktivních látek (Smolík, 1996).

Epidemiologické údaje mohou být však nepřesné vzhledem k problematice diagnózy této poruchy. Shoda na této diagnóze je jedna z nejmenších (Praško, 2003). Problémem je vysoký stupeň heterogenity této poruchy (Trokanová, 2010). Epidemiologická data jsou například v rozporu s tím, jak skromně je ve skutečnosti hraniční porucha osobnosti diagnostikována v praxi. Hraniční pacienti se obvykle do zdravotnických zařízení dostávají pro jinou poruchu jako je například deprese, závislost na návykových látkách, úzkostná porucha či suicidium (Trokanová, 2010).

2.3. Diagnostika hraničí poruchy osobnosti

2.3.1. Klasifikace hraniční poruchy osobnosti podle statistických manuálů

Diagnostika podle evropského statistického manuálu MKN-10

MKN se používá pro klasifikaci nemocí a jiných zdravotních problémů. Hraniční porucha osobnosti se objevuje až v desáté revizi MKN, která byla přijata v roce 1989 43. Světovým zdravotnickým shromážděním a vstoupila v platnost 1. ledna roku 1993. Nalezneme ji v V. Kapitole – duševní poruchy a poruchy chování pod kódem F.60.3.1 jako podtyp emočně nestabilní poruchy (MKN-10, 2014).

Rozdělení v MKN-10:

F.60.3 emočně nestabilní porucha osobnosti

F.60.3.0 impulzivní typ

F.60.3.1 hraniční typ (MKN-10, 2014)

Pro diagnózu emočně nestabilní poruchy osobnosti

- I. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchy osobnosti.
- II. Musí být splněny nejméně tři z následujících charakteristik a jedním z nich musí být (2) .

a) impulzivní typ

- 1) zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků
- 2) zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno
- 3) sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování
- 4) obtíže se setrváním u jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk
- 5) nestálá a nevypočitatelná nálada

b) hraniční typ: Musí být splněny nejméně tři příznaky z kritérií pro impulzivní typ spolu s nejméně dvěma z následujících:

- 1) narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních
- 2) sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím
- 3) přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí
- 4) opakovaná nebezpečí nebo realizace sebepoškození
- 5) chronické pocity prázdnoty (Praško, 2003)

Definice emočně nestabilní poruchy osobnosti podle MKN-10 je následující – „*Porucha osobnosti charakterizovaná určitým sklonem ke zkratkovému chování bez uvážení jeho následků, nálada je nepředvídatelná a vrtošivá. Sklon k neuváženým emočním výbuchům a neschopnost ovládat výbuchy svého chování. Tendence k hašteřivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště jsou-li zkratkové činy odmítány nebo potlačovány*“ (MKN-10, 2014).

Je možno rozlišit dva typy: typ impulzivní, charakterizovaný hlavně emoční nestabilitou a chybějícím ovládním svých popudů, a typ hraniční, charakterizovaný navíc i poruchou představ o sobě, cílů a osobních preferencí, dlouhodobými pocity prázdnoty, dále intenzivními a nestabilními interpersonálními vztahy a tendencí k sebezničujícímu chování, včetně sebevražedných náznaků a pokusů (MKN-10, 2014).

Diagnostika podle amerického statistického manuálu DSM-IV

Americký diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-IV zařazuje hraniční poruchu osobnosti do osy II – poruchy osobnosti, které jsou dále rozřazené na tři clustery A, B, C. Hraniční porucha spadá do clusteru B spolu s antisociální, histrionskou a narcistickou poruchou osobnosti. Toto rozřazení zůstalo stejné i v novějším vydání DSM-V, které však kromě kritériální klasifikace navrhuje ve třetí sekci alternativní model pro diagnostiku poruch osobnosti, zahrnující dimenzionální přístup k posouzení vážnosti osobnostní patologie na škále úrovně osobnostního fungování (Raboch, 2015).

Hraniční porucha osobnosti je v DSM-IV vymezena následovně:

Trvalé znaky nestability v interpersonálních vztazích, sebehodnocení, afektech a výrazné impulzivity začínající v rané dospělosti a projevující se v různých souvislostech. Porucha je vymezena pěti nebo více následujícími znaky:

- 1) horlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění. (Poznámka: nezařazujte sem suicidální a sebepoškozující projevy uvedené v kritériu 5.)
- 2) vzorec nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů charakterizovaný kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací
- 3) porucha identity: výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama
- 4) impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebepoškození (např. utrácení peněz, sex, abúzus látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvaty přejídání. (Poznámka: nezařazujte sem suicidální a sebepoškozující projevy uvedené v kritériu 5.)
- 5) opakující se suicidální jednání, gesta pohružky nebo sebepoškozující chování.
- 6) emoční nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady (např. intenzivní epizodická dysforie, iritabilita či úzkost, která obvykle trvá několik hodin, vzácně pak déle než několik dnů)
- 7) chronické pocity prázdnoty
- 8) nepřiměřený, intenzivní vztek či potíže s ovládnutím vzteku (např. častá náladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty)
- 9) v reakci na stres přechodné paranoické projevy a těžké disociativní symptomy (American Psychiatric Association, 1995).

2.3.2. Diferenciální diagnostika hraniční poruchy osobnosti

Hraniční porucha osobnosti bývá často zaměňována s jinými poruchami osobnosti. Pro správnou léčbu a medikaci je nutné znát rozdíl mezi hraniční poruchou osobnosti a diagnózami, u kterých se někdy projevují podobné symptomy.

- 1) Porucha s bludy, porucha nálady s psychotickými příznaky, schizofrenie – hraniční poruchy osobnosti mohou mít v období dekompenzace dočasně charakter psychotické poruchy, průběh však tuto diagnózu nepotvrdí (Smolík, 1996).
- 2) Porucha nálady – často se vyskytuje souběžně s hraniční poruchou osobnosti (Smolík, 1996). Epizoda změny nálady u osob s poruchou nálady bývá však delší, nejméně 14 dnů, zatímco u hraničních pacientů bývají tyto změny kratší (Praško, 2003)
- 3) Schizotypní porucha – objevují se chudší emoční projevy (Smolík, 1996) bizarnější imaginace a horší kontakt s realitou (Praško, 2003).
- 4) Histrionická porucha osobnosti – histrionští pacienti chtějí vždy nějak vypadat, na rozdíl od hraničních, kteří působí zpustle, chodí špinaví, nedbají na okolí nebo jej naopak provokují (Praško, 2003). U histrionských poruch osobnosti se neobjevují tak časté pokusy o suicidium a sebezpoškozování. Interpersonální vztahy jsou mnohem stabilnější (Smolík, 1996).
- 5) Paranoidní porucha osobnosti – relativní stabilita v představě o sobě, neobjevuje se sebedestruktivní chování, impulzivita a odmítání.
- 6) Disociální porucha osobnosti – manipulativní způsob jednání se objevuje za účelem dosáhnout pozicní nebo materiální výhody, ne za účelem vyvolat zájem o pečovatele (Smolík, 1996).
- 7) Narcistická porucha osobnosti – identita narcistické osobnosti je mnohem stabilnější než u hraniční. Idealizované já narcistického pacienta je velmi odlišné od sebeznehodnocujících tendencí hraničních pacientů. Narcističtí pacienti soutěží, chtějí být zajímaví nebo impozantní, touží po obdivu (Praško, 2003).
- 8) Úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti – stálé vztahy a stabilnější identita. Chybí afektivní nestabilita a další divoké projevy (Praško, 2003).
- 9) Změna osobnosti při tělesném onemocnění – postihuje centrální nervový systém, při tělesné vadě a ve spojitosti s chronickým užíváním psychoaktivních látek (Smolík, 1996).

2.3.3. Problematika diagnostiky poruch osobnosti

Diagnóza poruchy osobnosti v nás evokuje obraz pacienta, který se bude léčit dlouze, velmi namáhavě a pravděpodobně neúspěšně. Lidé trpící poruchou osobnosti většinou vehementně vyžadují odstranění svých obtíží, zároveň však odmítají spolupracovat s terapeutem (Praško, 2003).

Většina psychologů a psychiatrů se pak snaží od diagnózy porucha osobnosti distancovat s ohledem na názor, že je tato diagnóza stejně bezvýznamná, když se s ní nedá pracovat (Preiss, 2005).

Navzdory tomuto mýtu o neléčitelnosti poruch osobnosti však stojí několik studií potvrzujících efektivitu psychoterapie poruch osobnosti. Například Perry a Bond (2000) provedli metaanalýzu 22 studií, které potvrzují, že během léčby dochází k výrazným pozitivním změnám, 2 až 4x větším než u neléčených pacientů (Praško, 2003). Kniha *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder* poukazuje na různé studie prokazující účinnost terapie u lidí s hraniční poruchou osobnosti (Gunderson, 2005). Velmi účinnou se ukázala například dialektická behaviorální terapie zaměřená přímo na pacienty s hraničními rysy používající celé spektrum kognitivních a behaviorálních technik (Pastucha, 2003). Vypovídá o tom několik výzkumů zaměřených na zkoumání efektivitu této terapie. Pacienti, kteří podstoupili DBT terapii, měli významně nižší parasuicidální chování, menší výskyt hněvu, lepší sociální přizpůsobení a byli méně hospitalizováni než pacienti podstupující klasickou léčbu (Linehan, 1993, Linehan, 1991).

Dalším možným důvodem, který vede k odmítání diagnózy, je získání „negativní nálepky“ – strach, že pacient získá negativní diagnózu (Preiss, 2005).

O diagnózu poruch osobnosti bychom se však měli pokoušet hned z několika důvodů.:

1. Nespornou výhodou diagnózy je možnost nasadit efektivní a citlivou léčbu, která je vhodná přímo pro danou poruchu, neboť pro různé okruhy obtíží existují odlišné léčebné metody.
2. Možnost získávání informací o příznacích poruchy.
3. Poskytuje společný jazyk všem pracovníkům v oboru a pacientům, pomocí kterého spolu mohou efektivně komunikovat (Krawitz, 2008).
4. Poruchy osobnosti si často pleteme s jinými diagnózami a dochází tak ke špatné medikaci, aniž by psychofarmaka měla nějaký efekt (Praško, 2003).

Diagnostika poruch osobnosti však představuje v psychiatrické a psychologické praxi problém pro většinu odborníků. Psychologové a psychiatři se často ani neshodují na stejné diagnóze (Praško, 2003).

Poruchy osobnosti totiž nejsou perzistentní a symptomy poruch osobnosti se často vyznačují nestálostí, což činí jejich klasifikaci obtížnější a nejasnější (Balon, 2009).

Problém nezřídka spočívá také v nedostatečné propracovanosti a ucelenosti diagnostiky poruch osobnosti – klinici v České republice často používají různé dotazníkové a projektivní metody, nesledují moderní trendy a nevyužívají je v praxi (Preiss et. al., n.d.).

Na diagnózu mohou mít také vliv málo reliabilní nebo validní nástroje, osobnostní dispozice, výcvik, kvalita a délka vyšetření diagnostikujícího. V neposlední řadě má na diagnózu dopad pacientova neschopnost vzhledu při výpovědi o své osobnosti, simulace, disimulace, agravace. Praško uvádí, že jedním z projevů poruch osobnosti je právě absence vzhledu a pochopení (Praško, 2003). Velmi záleží také na tom, jaký má pro samotného pacienta vyšetření význam nebo vliv aktuální krize (Loranger et al., 1991, in Preiss et. al., n.d.).

Jak jsem již zmínila výše, diagnostika poruch osobnosti má v klinické praxi své nezastupitelné místo a pro efektivní léčbu a správnou medikaci je velmi důležitá. U diagnostiky poruch osobnosti však musíme myslet na nestálý charakter těchto poruch a přistupovat k diagnostice velmi citlivě a s rozvahou. Pro přesnější a validnější diagnostiku poruch osobnosti uvádí Preiss několik doporučení, kterými bychom se měli v klinické praxi řídit:

- 1) Porucha osobnosti by se měla v průběhu hospitalizace diagnostikovat i po odeznění aktuálního depresivního, úzkostného, psychotického či jiného stavu, který může mít vliv na výsledky a zapříčinit tak falešně pozitivní diagnózu.
- 2) Pokud dotazníkové metody ukazují poruchu osobnosti a strukturovaný rozhovor ne, měli bychom dát přednost výsledkům rozhovoru.
- 3) Aby bylo vyšetření klinicky validní, je dobré pacienta vyšetřit dvakrát stejnými metodami.
- 4) Při diagnostice je nezbytné používat a kombinovat různé metody. Preiss doporučuje kombinaci metody zkoumající latentní konstrukt, jenž je spojená s mezinárodní klasifikací, a metody založené na přímém dotazování a pozorování chování (Preiss et. al., n.d.).

2.3.4. Metody používané při diagnostice hraniční poruchy osobnosti

V klinické praxi se používají především dvě metody pro diagnostiku poruch osobností – dotazníková a rozhovor (strukturovaný, semistrukturovaný) (Praško, 2003).

V zahraniční literatuře je zmíněno velké množství těchto metod. Jejich seznam uvádějí například (Millon a Davis 1996, in Praško, 2003).

1) sebesouzovací nástroje:

a) dotazníky

MCMI-III (Millonův klinický víceosý dotazník)

MMPI PDQ-Revised (Personality Diagnostic Questionnaire)

DAPP-BO (for DSM-V)

CATI (coolidge axis II inventory, DSM-IV)

PAI (personality assessment inventory, posuzuje psychopatologické syndromy)

NEO-PI-R (Neuroticism, Extroversion, Openness to Experience-Personality Inventory-Revised)

SNAP (Schedule of Nonadaptive and Adaptive Personality)

TPQ (Tridimensional Personality Questionnaire) nebo nověji TCI Temperament and Character Inventory)

WISPI (Wisconsin Personality Disorders Inventory)

MIPS (Millon Index of Personality Styles)

b) strukturované rozhovory

SCID (Structured Clinical Interview pro DSM)

IPDE (International Personality Disorder Examination, pro DSM A MK-10)

SIDP-R (Structured Clinical Interview for DSM Personality Disorders-Revised)

PAS (Personality Assessment Schedule)

DIB-R (Diagnostic Interview for Borderlines Revised)

DIN (Diagnostic Interview for Narcissism)

PACL (Personality Adjective Checklist)

MPDC (Millon Personality Diagnostic Checklist)

PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised)

2) projektivní metody

TAT

Rorschachův test

Níže vyjmenuji a popíši nástroje, jenž se v zahraniční literatuře objevují jako nejčastěji používané nástroje k diagnostikování této poruchy osobnosti.

a) osobnostní dotazníky

1) MMPI BPD (Minnesotský vícefázový osobnostní inventář – stupnice hraniční osobnostní poruchy)

Skládá se z 12 dichotomních položek reprezentující kritéria pro stanovení diagnózy hraniční poruchy osobnosti v DSM-III R. Tato stupnice je vnitřně konzistentní (0,67 a 0,68) a výzkum Hicklina a Vidigera (2000) poukazuje na umírněnou konvergentní validitu s ostatními posuzovacími nástroji (MCMI III $r = 0,57$, PDQ-4 $r = 0,62$ a PAI $r = 0,55$) (Poreh et. a., 2006).

2) MCMI III (Millonův klinický víceosý dotazník – MCMI-BP)

Stupnice hraniční osobnosti z Millonského klinického víceosého katalogu se zaměřuje na manifestní projevy poruchy osobnosti. Objektivní a psychodynamický nástroj, skládající se ze 175 položek rozdělených do 24 klinických škál. Je založen a administrován strukturovaně a standardně, ale interpretován je podle vztahů mezi škálami (např. Podobně jako Rorschachův test nebo TAT). Schopnost validní diagnostiky Millonova dotazníku je v 55-65% užitečná, v 15-30% částečně nesprávná a chybná v 10-15% (Praško, 2003, Preiss, 2003).

3) MSI BPD (McLeanův monitorovací nástroj pro hraniční poruchy osobnosti)

Desetipoložkový monitorovací nástroj pro měření hraniční poruchy osobnosti zahrnuje osm položek pro každé z prvních osmi kritérií v DSM-IV a dvě položky pro deváté kritérium. MSI se ukázalo jako středně vysoce citlivé (0,8) a specifické (0,85). Má přijatelnou vnitřní konzistenci (0,74) (Chanen et al., 2008).

4) PAI – BOR (Katalog hodnocení osobnosti – hraniční stupnice)

Inventář skládající se ze 4 subškál (každá obsahuje 6 položek), které reflektují 4 charakteristiky hraniční poruchy – afektivní nestabilitu, problémy s identitou, negativní vztahy a sebepoškozování.

4 hlavní kategorie ohodnocují odpovědi (0 – lež, 1 – skoro pravda, 2 spíš pravda, 3 – rozhodně pravda. Totální skóre je 38 (Anderson and Coolidge, 2009).

b) strukturované rozhovory

1) IPDE BPD (Semistrukturované interview pro poruchy osobnosti) Obsahuje devět položek pro měření hraniční poruchy z nichž každá odpovídá jednomu z 9 kritérií pro stanovení diagnózy hraniční poruchy osobnosti podle DSM-IV BPD. Těchto 9 položek je dichotomních, tzn., že respondent na ně může odpovědět pouze pravda/nepravda (Chanen et al., 2008). Oproti dotazníkovým metodám má IPDE výhodu v tom, že pacient musí uvádět příklady k jednotlivým položkám a examinátor tyto odpovědi zvažuje na základě svého klinického posudku. Řada posudků tedy pak ztrácí při posouzení examinátora psychopatologický náboj (Preiss, n.d.). IPDE měří všechny poruchy osobnosti kromě schizotypní. U každé položky je proband požádán o pousouzení, nakolik ho dané tvrzení obecně charakterizuje. Každá z těchto položek se následně hodnotí na 4 bodové stupnici – 0 = zcela nepravdivé nebo částečně pravdivé, 1 = někdy nebo částečně nepravdivé, 2 = někdy nebo částečně pravdivé, 3 = zcela pravdivé nebo často pravdivé.

2) SCID II (Semistrukturované interview pro poruchy osobnosti v DSM-IV v ose II) V tomto polostrukturovaném rozhovoru odpovídá respondent na 15 otázek formou ano/ne. Těchto 15 otázek odpovídá každému z devíti kritérií DSM-IV hraniční porucha osobnosti, přičemž na kritérium tři (porucha identity), pět (opakované sebevražedné chování) a osm (nepřiměřený vztek) se v dotazníku objevuje více než jedna otázka (Chanen et al., 2008).

Amir Poreh (Poreh et. al., 2006).ve své validizační studii o kterou se opírám v této práci uvádí také několik druhů nástrojů výhradně pro účel měření hraničně osobnostních rysů:

- 1) Index hraničního syndromu (Conte, Plutchik, Karasu a Jerret, 1980)
- 2) Stupnice hraniční osobnosti (STB, Claridge a Broks, 1984)
- 3) Diagnostický rozhovor pro hraniční pacienty (DIBP, Gunderson, Kolb a Austin, 1981)
- 4) Katalog hraniční osobnosti (BPI, Leichsenring, 1999)

Některé z těchto stupnic jsou však dle jeho slov založeny na raných kritériích DSM-III nebo DSM-III-R. Jiné zase ukazují relativně nízkou citlivost a specifičnost. Například BPI nerozlišuje dobře mezi schizofrenními, hraničními a schizotypními pacienty (Edell, 1980, Fine a Sansione, 1990, in Poreh, 2006) a STB je v silném vzájemném vztahu se STA (dotazník schizotypní osobnosti) (in Poreh et. al., 2006).

2.3.5. Nástroje pro měření hraniční poruchy osobnosti používané v České Republice

V České republice je nástrojů měřících hraniční rysy standardizovaných na české podmínky k dispozici velmi omezené množství. Z těch, které jsem našla v dostupných zdrojích literatury, mohu vyjmenovat a stručně popsat:

a) Dotazníky měřící manifestní poruchy osobnosti spojené s mezinárodní klasifikací nemocí:

1) MCMI III (Millonův klinický víceosý dotazník).

Charakteristika viz Kapitola 2.3.4 Metody používané při diagnostice hraniční poruchy osobnosti. V České republice se Millonův dotazník někdy používá. Není však standardizován na české podmínky.

2) MMPI BPD (Minnesotský vícefázový osobnostní inventář – Stupnice hraniční osobnostní poruchy) (Cooligan, Morey a Offord, 1994).

Charakteristika viz Kapitola 2.3.4 Metody používané při diagnostice hraniční poruchy osobnosti.

3) PID 5

Osobnostní inventář pro dospělé konstruovaný pro DSM-V – strukturální diagnostika, obsahuje 220 položkovou posuzovací škálu. Hodnotí 25 aspektů osobnostních rysů - Anhedonii, Úzkostnost, Vyžadování pozornosti, Bezohlednost, Prolhanost, Depresivitu, Těkavost, Výstřednost, Emoční labilitu, Grandiozitu, Hostilitu, Impulzivitu, Vyhýbání se intimitě, Nezodpovědnost, Manipulativnost, Dysregulaci myšlení a vnímání, Perseveraci, Omezenou afektivitu, Rigidní perfekcionismus, Riskování, Nejistotu z odloučení, Poddajnost, Podezřavost, Neobvyklé představy nebo prožitky a Sociální stažení. Každý z těchto aspektů zahrnuje 4 až 14 položek (Riegel, 2015).

4) PSSI (Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti).

Inventář osobnostních stylů a poruch osobnosti pro dospělé měří nepatologické osobnostní styly vycházející z klinických poruch podle DSM-IV (popř. DSM-III). Tento inventář je sebesposuzovacího rázu a je složen ze 140 výroků, jenž se hodnotí na stupnici lickertovského typu v rozsahu 0-3. Těchto 140 výroků je rozděleno po deseti do 14 škál, které poskytují informaci o vyhraněnosti osobnostních stylů a inklinaci k určité konfiguraci stylů jedince. Škály jsou rozděleny následovně: sebestýty-disociální, nedůvěřivý-paranoidní, rezervovaný-schizoidní, sebekritický-sebenejistý, pečlivý-nutkavý, intuitivní-schizotypní, optimistický-rapsodický, ctižádostivý-narcistický, kritický-negativistický,

loajální-závislý, impulzivní- borderline, příjemný-histriónský, klidný-depresivní, ochotný-obětující se. Přičemž první slovo označuje osobnostní styl a druhé k němu analogickou osobnostní poruchu. Tento inventář není určen k diagnostice klinických poruch, avšak vysoké skóre mohou naznačit přítomnost patologie. Manuál k tomuto inventáři poskytuje v příloze hrubý návod, jak tyto vzniklé profily interpretovat. Normy inventáře jsou k dispozici jak pro muže, tak pro ženy. U obou pohlaví se dělí do dvou věkových skupin: první od 18 do 25, druhá od 25 let výše.

Standardizace metody probíhala v Německu na vzorku 1026 osob. Česká standardizace proběhla na vzorku 160 vysokoškolských studentů. 110 žen a 50 mužů. Reliabilita se ověřovala pomocí Cronbachovo alfa a jeho hodnota se pohybovala okolo 0,8. PSSI bylo porovnáváno s Big 5 a dospělo se k výsledkům, že dimenze osobnosti korelují s teoreticky odpovídajícími osobnostními styly. Dále byl inventář předložen pacientům s úzkostnou poruchou, alkoholismem nebo poruchami příjmu potravy. Hodnoty této klinické skupiny se lišily od neklinické kontrolní skupiny. Vzhledem k tomu, že PSSI odpovídá východiskům mnoha jiných teoretických konceptů, usuzuje se na její dostatečnou validitu (Žitníková, 2014).

b) Dotazníky zaměřené na latentní konstrukt osobnosti:

1) TCI (Dotazník temperamentu a charakteru). Tento dotazník temperamentu a charakteru se v současné klinické diagnostice prosazuje jako jedna z metod diagnostiky poruch osobnosti na základě dvou charakterových dimenzí a konfigurace temperamentu. Skládá se z rozdílných psychobiologických dimenzí temperamentu a charakteru. Temperament a charakter jsou dimenze měřitelné a umožňují posoudit odlišnosti mezi lidmi. Každá osobnost má čtyři dimenze osobnosti, které Cloninger označuje jako temperamentové. Jsou pozorovatelné už od raného dětství a zahrnují prekoncepční a nevědomé učení. Patří sem: Self-directedness (Sebeřízení, SD), Cooperativeness (Spolupráce, CO) a Self-transcendence (Sebepřesažení, ST). Dále sem spadají čtyři charakterové dimenze: označující se jako Novelty seeking (Vyhledávání nového, NS), Harm avoidance (Vyhýbání se poškození, HA), Reward dependence (Závislost na odměně, RD) a Persistence (PE) (Preiss, 2006).

Vztah mezi TCI a poruchami osobnosti je opakovaně potvrzován, například nízké hodnoty v dimenzi sebeřízení a spolupráce u všech poruch osobnosti. Pro jednotlivé subtypy poruch osobnosti existují specifické profily TCI podle temperamentových dimenzí (Preiss, n.d.).

2) NEO-FFI – NEO (pětifaktorový osobnostní inventář). Vícerozměrný inventář postavený na pětifaktorovém modelu osobnosti, vycházející z faktorové analýzy lexika přirozených jazyků (přídavných jmen používaných k popisu osobnosti). Metoda poskytuje údaje o pěti obecných dimenzích (tzv. Velká pětka, Big Five):

- Neuroticismus
- Extraverze
- Otevřenost vůči zkušenostem
- Přívětivost
- Svědomitost (Hogrefe – Testcentrum, 2016)

c) Strukturované rozhovory pro poruchy osobnosti

1) IPDE - mezinárodní strukturovaný rozhovor na poruchy osobnosti (MKN10, DSM IV) charakteristika viz Kapitola 3.4 Metody používané při diagnostice hraniční poruchy osobnosti.

Z této podrobnější analýzy dostupných nástrojů pro měření hraniční poruchy osobnosti vyplývá, že v České republice chybí dotazník, který by se úzce specializoval na kategoriální diagnostiku hraniční poruchy osobnosti podle všech 9 kritérií DSM-IV. Výše uvedené dotazníky měřící manifestní poruchy osobnosti podle DSM hraniční rysy měří, obsahují však velmi omezené množství položek, které by tyto rysy zohledňovaly komplexně. (např. PSSI má pouze 10 položek, MMPI má 12 položek). PID se jeví jako vhodný nástroj, používá se však pro strukturální diagnostiku a MCMI III zatím nebyl standradizován na české populaci.

2.4. BPQ – Dotazník pro hraniční poruchu osobnosti

2.4.1. Obecně o BPQ - Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti

Borderline personality questionnaire, v českém překladu Dotazník pro hraniční poruchu osobnosti, je osmdesáti položkový sebesposuzovací nástroj, který se zaměřuje na ověření všech 9 kritérií hraniční poruchy osobnosti podle DSM-IV. Položky v dotazníku jsou dichotomní - odpověď na otázku je pouze ano nebo ne. Položky s odpovědí ano se hodnotí číslem 1 a následně se sčítají. Některé položky dotazníku mají reverzibilní charakter, tzn. že u těchto položek které jsou v příloze číslo 1 označené hvězdičkou budeme hodnotit číslem 1 odpověď ne. Maximální dosažený počet bodů v tomto dotazníku je 80.

Dotazník se skládá z 9 následujících subškál uvedených v příloze číslo 2:

- 1) Impulzivita – v DSM-IV odpovídá kritériu 4 – impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebepoškození (např. utrácení peněz, sex, abúzus látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvaty přejídání.) (Poznámka: nezařazujte sem suicidální a sebepoškozující projevy uvedené v kritériu 5). Měří ji položky s číslem 1, 10, 26, 34, 42, 57, 64, 68, 71. Viz příloha. Respondent může v této subškále získat maximálně 9 bodů.
- 2) Emoční nestabilita – odpovídá kritériu 6 – emoční nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady (např. intenzivní epizodická dysforie, iritabilita či úzkost, která obvykle trvá několik hodin, vzácně pak déle než několik dnů). Měří ji položky s číslem 2, 11, 19, 27, 35, 43, 49, 58, 65, 72. Viz příloha. Maximální skóre v této subškále je 10 bodů.
- 3) Opuštění – odpovídá kritériu 1 - horlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění. Měří ji položky s číslem 3, 12, 20, 28, 44, 50, 59, 66, 73, 78. Viz příloha. Maximální skóre je 10 bodů.
- 4) Vztahy – odpovídá kritériu 2 - vzorec nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů charakterizovaných kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací. Čím vyšší je skóre v této subškále, tím více intenzivní a nestabilní vztahy jedinec prožívá. Měří ji položky s číslem 4, 13, 21, 29, 36, 45, 51, 60. Viz příloha. Maximální skóre je 8 bodů.

- 5) Sebeobraz – odpovídá kritériu 3 - výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama. Vyšší skóre ukazuje na více narušenou identitu. V dotazníku ji měří položky s číslem 5, 14, 37, 46, 52, 61, 67, 70, 74. Viz příloha. Maximální skór je 9 bodů.
- 6) Suicidalita/Sebepoškozování – odpovídá kritériu 5 - opakující se suicidální jednání, gesta pohružky nebo sebepoškozující chování. Tuto škálu měří položky s číslem 6, 15, 22, 30, 38, 53, 75. Viz příloha. Maximální skór je 7 bodů.
- 7) Pocity prázdnoty – odpovídá kritériu 7 - Chronické pocity prázdnoty. Měří ji položky s číslem 7, 16, 23, 31, 39, 54, 62, 69, 76, 79. Viz příloha. Maximální skór je 10 bodů.
- 8) Intenzivní pocity vzteku – kopíruje kritérium 8 - nepřiměřený, intenzivní vztek či potíže s ovládnutím vzteku (např. častá náladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty). Měří ji položky s číslem 8, 17, 24, 32, 40, 47, 55, 63, 77,80. Viz příloha. Maximální skór v této subškále je 10 bodů.
- 9) Kvazipsychotické stavy – odpovídá kritériu 9 – v reakci na stres přechodné paranoické projevy a těžké disociativní symptomy. Měří ji položky s číslem 9, 18, 25, 33, 41, 48, 56. Viz příloha. Maximální skór je 7 bodů. (Poreh et al., 2006)

2.4.2. Vznik BPQ - Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti

Oproti množství sebeposuzovacích diagnostických nástrojů měřících schizotypní poruchu osobnosti nebo aspekty k náchylnosti schizotypu či psychóze bylo v zahraniční literatuře objeveno velmi malé množství sebeposuzovacích nástrojů pro měření hraniční poruchy osobnosti.

Jak už jsem se zmínila výše, existuje několik dotazníků zaměřujících se na hraniční poruchu osobnosti. Většina z nich však není v souladu s kritérii DSM-IV nebo mají nízkou citlivost či specifčnost. Pokud nalezneme dostatečně validní a reliabilní dotazník měřící hraniční poruchu osobnosti podle kritérií DSM-IV, neposkytuje nám přiměřené změření každého z jednotlivých kritérií (Poreh et al., 2006).

Amir Poreh a další si tedy vytyčili za cíl vytvořit vnitřně konzistentní a validní dotazník, který bude hodnotit hraniční osobnostní rysy podle 9 kritérií definovaných v DSM-IV (Poreh et al., 2006). V následujícím textu budu používat zkratku BPQ nebo český výraz - Dotazník pro hraniční poruchu osobnosti.

2.4.3. Výzkumný soubor

Pro vytvoření dotazníku byli vybráni respondenti z dvouleté vysoké školy nacházející se ve středozápadním regionu Spojených Států. Účastníci, kteří se dobrovolně zapojili do tohoto projektu, mohli získat zápočet. Průměrný věk v souboru 1 ($N = 205$) byl 20.85 ($SD = 5.20$). V souboru 2 ($N = 181$) byl průměrný věk 21.73 ($SD = 5.81$) let. Z větší části je tvořily ženy (soubor 1 – 64% a vzorek 2 - 67 %).

Anglický soubor (soubor 3) složený z 223 studentů úvodní psychologie z Oxfordské univerzity. Studie byla součástí jejich normálního laboratorního vyučování. Průměrný věk byl 20.10 let ($SD = 1.16$) a 58% tohoto vzorku tvořily ženy.

Australský soubor (soubor 4) se skládal ze 154 studentů úvodní psychologie z univerzity v Melbourne. Účastníci, kteří se dobrovolně zapojili do projektu, získali zápočet. Průměrný věk účastníků byl 19.32 let ($SD = 2.91$) a 76% vzorku byly ženy (Poreh et al., 2006).

2.4.4. Procedura

V prvním stádiu dotazníkového rozvoje byly položky vytvářeny podle devíti kritérií hraniční poruchy osobnosti DSM-IV. Vytvořilo se 162 položek. Mnoho z těchto položek bylo přejato z jiných dotazníků, některé z nich byly vytvořeny nově. Ty byly poté administrovány 205 účastníkům v souboru 1.

Ve druhém stádiu dotazníkového vývoje se odstranily položky, které nepřispívaly k vnitřní konzistenci různých podstupnic nebo byly nahlašovány jako matoucí pro čtenáře.

Výsledná stupnice obsahovala tedy 80 dichotomních položek (pravda/lež). 80 položkový BPQ byl administrován účastníkům v souboru 2. Pro testování konvergentní a diskriminantní platnosti byly podány souboru 2 také tři dříve existující sebesuzovací nástroje. Tyto tři nástroje jsou vypsány níže:

1) **Stupnice hraniční poruchy osobnosti MMPI-2** (MMPI-2 BPD, Colligan, Morey a Offord, 1994) skládající se z 12 dichotomních položek posuzovaných dle kritérií DSM-III-R u hraniční poruchy osobnosti.

Podle Trulla (1995), Hicklina a Widigera (2000) má stupnice rozumnou vnitřní konzistenci (0,68). Tato stupnice je také umírněně ve vzájemném vztahu se stupnicemi odvozenými z polostrukturovaných rozhovorů (Hyller, Skodol,

Kellman, Oldham a Rosnick, 1990) Hicklin a Widiger (2000), prokazují konvergentní validitu MMPI-2 BPD na základě umírněné korelace s ostatními sebesuzovacími nástroji měřícími hraniční rysy osobnosti (MCMI-III, $r = 0,57$, PDQ-4, $r = 0,62$ a PAI, $r = 0,55$) (in Poreh et. al., 2006).

2) Stupnice schizotypní poruchy MMPI-2 (MMPI-2 STY, Colligan, Morey a Offord, 1994) se skládá z 14 dichotomních položek posuzovaných dle kritérií DSM u schizotypní poruchy osobnosti.

Hicklin a Widiger (2000) udávají, že má vysokou vnitřní konzistenci (0,90) a koreluje s ostatními sebesuzovacími nástroji měřící schizotypní rysy (MCMI-III, $r = 0,84$, PDQ – 4, $r = 0,69$) (in Poreh et. al., 2006).

3) Dotazník schizotypní osobnosti (STB, Raine, 1991) se skládá ze 74 dichotomních položek, s devíti podstupnicemi měřící každou z devíti kritérií DSM u hraniční poruchy osobnosti.

Má vysokou vnitřní konzistenci celkové stupnice (0,91) a devíti podstupnic (0,59 až 0,81). Konvergentní platnost je v rozsahu od 0,71 do 0,78 (in Poreh et. al., 2006).

Následně bylo vybráno 12 účastníků s nejvyšším počtem bodů a náhodný vzorek 15 účastníků s průměrným počtem bodů dosaženém v BPQ. Za účelem stanovení externí validity byly potom obě tyto skupiny účastníků naslepo dotazovány telefonem a diagnostikováni užitím DIBP (diagnostický rozhovor pro hraniční pacienty).

U skupin z USA, Anglie a Austrálie byla zjišťována Kuder-Richardsonova reliabilita pro celou škálu a jednotlivé subškály. Dále se u těchto tří skupin prováděla analýza hlavních komponent ze skóre u jednotlivých subškál. Na závěr jim byl administrován 18 položkový STB pro zjištění konvergentní validity (Poreh et al., 2006).

2.4.5. Výsledky studie

V úvodu bych ráda popsala průměrné skóre pro jednotlivé subškály i pro celý dotazník změřené u souboru číslo 1. Podrobnější analýza celého souboru je pak uvedena v praktické části v kapitole 3.4 Výsledky.

Subškála impulzivita měla průměrný skór 3,16, subškála emoční nestabilita měla průměrný skór 2,32, subškála opuštěnost 0,91, vztahy 3,25, sebeobraz 3,30,

sebevraždy/sebepoškozování 1,28, pocity prázdnoty 1,77, intenzivní vztek 3,43, kvazi-psychotické stavy 2,13. Průměrný skór celého dotazníku vyšel 21,6.

Tyto skóry byly rozdílné pro muže a ženy. Američtí muži skórovali výše než ženy v subškále kvazi-psychotické stavy. Anglické ženy skórovaly výše než angličtí muži v subškále emoční nestabilita. Australští muži skórovali výše než australské ženy v subškále impulzivita. Celkově pak ženy měly signifikantně vyšší skór v subškále emoční nestabilita a muži měli naopak vyšší skór než ženy v subškále kvazi-psychotické stavy. Australské ženy měly vyšší skór v subškále opuštěnost než americké ženy. Američtí muži měli vyšší skór v subškále sebeobraz než australští a angličtí muži. Američtí muži měli vyšší skór v subškále kvazi-psychotické stavy než anglický a australský soubor mužů. Americký soubor měl vyšší skór než ostatní dvě skupiny u subškály impulzivita, vztahy, sebeobraz, suicidalita/sebepoškozování a intenzivní vztek. Nižší skór než zbylé skupiny měl naopak u subškály emoční nestabilita, opuštěnost a pocity prázdnoty. Australský soubor měl nižší skór v subškále kvazi-psychotické stavy než americký soubor a anglický soubor. Australský soubor měl vyšší skór v subškále vztahy a nižší v subškále impulzivita oproti anglickému (Poreh et al., 2006).

Vnitřní konzistence BPQ - Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti

Pro porozumění následujícímu textu upřesním a v krátkosti popíši pojem reliabilita a pojem vnitřní konzistence. Reliabilita zkoumá spolehlivost dotazníku a je předpokladem jeho validity. Nabývá hodnot 0 až 1, přičemž číslo jedna značí stoprocentní přesnost dotazníku, zpravidla se však její hodnota pohybuje mezi 0,5 až 0,95. Dotazník s reliabilitou nad 0,95 je pokládán za vynikající. Hodnota nad 0,85 se pokládá za dostatečnou (Slavík et al., 2012). Reliabilita dotazníku se dá odhadovat několika způsoby:

- 1) nejčastěji se o reliabilitě uvažuje z hlediska naměřených časových hodnot – tzn. stabilita spolehlivosti dotazníku v čase ověřená retestovou metodou (po delším časovém úseku zadáme stejný dotazník respondentům znova).

- 2) reliabilita se posuzuje z hlediska shody mezi posuzovateli.

- 3) reliabilita se posuzuje z hlediska tendence osob chovat se v situaci testování konzistentně (tzn. odpovídat shodně na položky měřící tentýž atribut). Reliabilita se pak chápe jako tzv. Vnitřní konzistence.

Vnitřní konzistenci můžeme dále měřit pomocí paralelních forem (při prvním zadání se použije ekvivalentních forem, při druhém zadání se použije dotazník paralelní formy),

pomocí metody split-half (rozdělení dotazníku na dvě poloviny, vyhodnotí se skóre dotazníku v lichých otázkách a skóre v sudých otázkách), pomocí Cronbachova koeficientu alfa a pomocí Kuder-Richardsonova koeficientu (v případě že jsou položky dotazníku dichotomní - odpovědi na otázky jsou pouze ano/ne) (Urbánek, et. al., 2011, Evangelu et. al., 2014).

V Porehově studii se pro výpočet reliability používá Kuder-Richardsonův koeficient pro stanovení vnitřní konzistence dotazníku. U BPQ byla naměřena vysoká vnitřní konzistence (0,94). Reliabilita jednotlivých subškál vyšla jako dostatečná. Subškála emoční nestabilita (0,89), subškála vztahy (0,85), subškála sebeobraz (0,79), subškála suicidalita/sebepoškozování (0,77), subškála pocity prázdnoty (0,81), subškála intenzivní vztek (0,84). Objevují se zde však některé subškály s výrazně menším ukazatelem vnitřní konzistence, především subškála – kvazi-psychotické stavy (0,51), impulzivita (0,66) a opuštěnost (0,64). (Poreh et. al., 2006).

V Chanenově studii se počítala vnitřní konzistence pomocí Cronbachova alfa. BPQ vyšlo i v tomto případě jako vysoce vnitřně konzistentní (0,92). Test-retestovou reliabilitu mělo také vysokou (0,92) (Chanen et. al., 2008).

Validita BPQ - Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti

Pro přesnější pochopení validity bych ráda tento pojem v krátkosti popsala. Validita udává platnost testu a vypovídá o jeho praktické užitečnosti. Otázky validity psychodiagnostických nástrojů jsou však natolik komplexní, že ji spíše rozdělujeme podle zdrojů důkazů svědčících o validitě. Tyto zdroje jsou následující:

- 1) obsahové zdroje – zajímá nás obsah metody, situace testování a chování probanda v této situaci. Patří sem například výběrová validita, která posuzuje adekvátnost výběru položek vzhledem k měřenému atributu.
- 2) empirické zdroje – měří vztah mezi testovým skórem a vnějším kritériem. Vnější kritériem může být v případě externí validity například u dotazníku zkoumající poruchu osobnosti diagnóza stanovená na základě mínění několika psychiatrických expertů. V případě konvergentní validity může být vnějším kritériem jiná metoda jejíž psychometrické vlastnosti jsou již bezpečně ověřeny. Musí však měřit stejný jev. Čím větší vztah bude mezi těmito metodami, tím vyšší bude konvergentní validita. Podobně se dá ověřit i diskriminantní validita, která naopak měří vztah mezi zkoumanou metodou a metodou která měří odlišný jev. Pokud vztah není žádný nebo minimální je diskriminantní

platnost potvrzena. Dále sem můžeme zařadit například Prediktivní validitu, která zjišťuje do jaké míry je dotazník použitelný pro předvídání hodnoty nějakého kritéria.

3) konstruktové zdroje – měří vztahy měřeného atributu s jinými atributy v rámci příslušné teorie. (Urbánek, et. al., 2011, Evangelu et. al., 2014, Svoboda, 2013).

Ve validizační studii Amira Poreha se validita potvrzovala pomocí diskriminantní a konvergentní platnosti. Obě tyto platnosti se počítaly u souboru 2 (N = 181). U diskriminantní platnosti byly osobní souvztažnosti počítány mezi BPQ souhrnným skórem a souhrnnými skóry MMPI-2 STY – stupnice pro posouzení schizotypní poruchy osobnosti (0,48) a SPQ (0,45). Umírněnost obou těchto koeficientů potvrdila diskriminantní platnost.

Konvergentní platnost byla zkoumána souvztažností BPQ s MMPI-2 BPD – stupnice hraniční poruchy osobnosti. U těchto dotazníků se objevila vysoká souvztažnost – 0,85. BPQ byl dán do souvztažnosti také s STB u anglického a australského souboru s výsledkem – 0,72 a 0,78. Tyto výsledky vypovídají o vysoké konvergentní platnosti BPQ.

Z 12 účastníků s nejvíce naměřeným skórem u BPQ pro výzkoumání platnosti dotazníku se tři odmítli zúčastnit, pět byla diagnostikována hraniční porucha osobnosti podle kritérií DSM-IV. Zbylí měli také vysoké skóre.

Z 15 náhodně vybraných účastníků neobdržel nikdo diagnózu hraniční porucha osobnosti. Významný vztah mezi dotazníkem a klinickým klasifikačním systémem byl tedy zaznamenán (0,51, p méně než 0,01).

2.4.6. BPQ - Dotazník pro hraniční poruchu osobnosti v kontextu dalších studií

V článku – Outcome Measures for Borderline Personality Disorder porovnávali Anderson a Coolidge BPQ s dalšími 3 dotazníky měřícími hraniční poruchu osobnosti. Se SCID II PQ BPD, IPDE-BPD a MSI. BPQ se ukázal jako nejreliabilnější a nejvalidnější v porovnání se zbylými dotazníky. Měl vysokou citlivost (0,68), nejvyšší specifitu (0,90), diagnostickou přesnost také nejvyšší (0,85), Cronbachova alfa nejvyšší (0,92) a test-retest spolehlivost vyšla rovněž nejvyšší (0,92) (Anderson and Coolidge, 2009).

Chanen et. al. srovnávali ve svém výzkumu Mc Leanův monitorovací nástroj pro hraniční poruchy osobnosti (MSI-BPD), BPQ, položky hraniční poruchy osobnosti z mezinárodního zkušebního monitorovacího dotazníku (IPDE) a položky hraniční poruchy osobnosti ze strukturovaného klinického rozhovoru (SCID II pro DSM-IV osa II – poruchy osobnosti).

Tato studie se prováděla na 101 ambulantních pacientech ve věkovém rozmezí 15 – 25 let v Austrálii ve městě Melbourne. Výzkumný soubor tvořily ze 72,3% ženy. 22 účastníků (21,8%) splnilo kritéria v DSM-IV pro hraniční poruchy osobnosti, 56 respondentů mělo diagnózu porucha nálady, 52 poruchu úzkosti, 21 závislost na návykových látkách a 19 poruchu příjmu potravy. Poté, co vyplnili respondenti dotazníky pro měření hraniční poruchy osobnosti, se účastnili strukturovaného klinického pohovoru SCID II BPD. Tato měření byla vykonána znovu o dva týdny později ke zhodnocení re-test reliability.

Všechny čtyři nástroje pracovaly podobně, BPQ však mělo nejlepší mix charakteristik. BPQ měl mírnou citlivost (0,68), ve srovnání s ostatními třemi instrumenty měl BPQ dále nejvyšší specifickou (0,90), nejvyšší diagnostickou přesnost (0,85), nejvyšší test-retest spolehlivost (0,92) a nejvyšší vnitřní konzistenci (0,92). (Chanen et. al., 2008).

2.4.7. Shrnutí teoretické části

Z textu výše napsaného vyplývá, že hraniční porucha osobnosti má v populaci, obzvláště pak v klinické oblasti, poměrně velké zastoupení a neměla by být přehlížena. Neléčení pacienti mají značné obtíže ve zvládání problémů každodenního života, v oblasti sociálních vztahů, v oblasti práce, atd.

I navzdory názoru odborníků, že poruchy osobnosti jsou takřka neléčitelné, existuje několik výzkumů, které dokazují opak. Pro včasnou léčbu je však nutná přesná diagnostika. V klinické praxi se používají k diagnostikování dvě metody – rozhovor a dotazníky. Pokud má být diagnostika hraniční poruchy osobnosti přesná, je nutné zkombinovat obě zmíněné metody.

V České republice zatím neexistuje dotazník, který by měřil výhradně hraniční poruchu osobnosti podle všech 9 kritérií v DSM-IV.

BPQ - Dotazník pro hraniční poruchu osobnosti vyšel v porovnání s ostatními dotazníky měřícími hraniční rysy jako nejreliabilnější a nejvalidnější. Ukázal se tedy jako nejvhodnější nástroj k měření hraniční poruchy osobnosti a mohl by tak sloužit jako dobrý pomocník při komplexní diagnostice v klinické praxi, při diferenciální diagnostice anebo v dalších výzkumech.

3. Praktická část

3.1. Předmět a cíle výzkumu:

Z teoretické části vyplývá, že se BPQ – Dotazník pro hraniční poruchu osobnosti prokázal v zahraničí jako vhodný nástroj pro diagnostiku této poruchy. Pro používání tohoto dotazníku v České republice je však nutná jeho standardizace na české populaci. Do standardizace dotazníku spadá kromě jiného zjištění jeho reliability a stanovení norem.

Cílem mé bakalářské práce je tedy ověření psychometrických vlastností české verze BPQ - Dotazníku pro měření hraniční poruchy osobnosti podle kritérií DSM-IV.

Za hlavní cíl mé práce jsem si určila ověření vnitřní konzistence dotazníku a zjištění vztahů mezi jeho jednotlivými subškálami.

Mým další cílem bylo zjistit předběžné percentilové údaje pro stanovení norem a v neposlední řadě zjistit rozdíly v průměrných skórech mezi demografickými proměnnými a rozdíly mezi průměrnými skóry jednotlivých národností.

Výsledky této psychometrické analýzy budu následně porovnávat s výsledky původní americké verze dotazníku.

3.2. Výzkumný soubor a výzkumná metoda

3.2.1. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor (N = 351) tvořili dobrovolníci z běžné populace. Zastoupení podle pohlaví nebylo rovnoměrné, převažovaly ženy (N = 217) nad muži (N = 134).

Věkové rozpětí se pohybovalo v rozsahu 18-84 let. Průměrný věk souboru byl 32 let. 1,7% respondentů mělo pouze základní vzdělání, 57,6% středoškolské a 40,7% vysokoškolské vzdělání.

Výzkumný soubor tvořila převážná část studentů (N = 139) a zaměstnanců (N = 131). Menší zastoupení v souboru měli lidé s důchodem, nezaměstnaní, na mateřské nebo podnikatelé. Nadpoloviční počet respondentů uvedl v dotazníku svůj rodinný stav jako svobodný (N = 192).

3.2.2. Sběr dat

Nasbíraná data jsem získala v rámci větší studie NÚDZ zaměřené na validizaci dotazníkových metod měřící různé facety fungování osobnosti. Mým úkolem bylo pro tuto studii získat 50 dotazníků, které jsem administrovala svým přátelům a rodině. Zbylých 301 dat jsem dostala k dispozici od docenta Marka Preisse. Administrace těchto zbylých dotazníků probíhala skupinově a individuálně formou tužka-papír a formou online průzkumu.

Skupinová administrace metod proběhla ve spolupráci s Psychologickým ústavem Filozofické fakulty Masarykovy univerzity.

Hromadný sběr dat probíhal v rámci tří samostatných setkání. Každé administrace se účastnilo přibližně 50 studentů. Zadavatelé byli uvedeni ke studentům vyučujícím, který umožnil administraci v rámci svého předmětu. Po rozdání dotazníků zadavatelé upozornili respondenty, aby si přečetli úvodní instrukci k testu s pokyny k řešení.

Individuální administrace probíhala formou tužka-papír rovněž za přítomnosti zadavatele, který byl k dispozici pro případné dotazy.

Online sběr byl časově ohraničen na sedm měsíců. Respondenti byli během tohoto období anonymně osloveni inzerátem sdíleným prostřednictvím sociálních sítí. Dotazníky vyplňovali po kliknutí na speciálně vytvořený odkaz pro vstup do formuláře. Online administrace vyžadovala vyplnění všech položek dotazníku.

3.2.3. Použité metody

Testová baterie kterou jsem použila pro následnou analýzu dat byla rozdělena na dvě části – Demografický dotazník a BPQ.

V první části dotazníku (demografickém) jsem sledovala následující proměnné: 1) věk, 2) pohlaví, 3) rodinný stav, 4) prožití výrazně nepříjemné události v minulém roce, 5) současná materiální situace, 6) aktuální nálada, 7) nejvyšší dosažené vzdělání 8) zaměstnání. Respondenti u jednotlivých demografických údajů vybírali z možností, které jsou uvedené v příloze číslo 3. Poslední částí demografického dotazníku bylo 11 anamnestických dichotomických otázek. Znění otázek bylo následující: 1. Byl/jste Vy sám/a někdy psychiatricky léčen/a?, 2. Byli Váš vlastní otec, matka, bratr nebo sestra psychiatricky léčení?, 3. Měl/a jste někdy problémy s nadměrným užíváním nebo závislostí na alkoholu?, 4. Měl/a jste někdy problémy s nadměrným užíváním nebo závislostí na drogách (např. marihuana, pervitin)?, 5. Nadužíval/a jste někdy v minulosti nebo v

současnosti nějaké léky? Pokud ano, jaké?, 6. Trpíte nějakou tělesnou chorobou? Pokud ano, jakou?, 7. Berete v současnosti nějaké léky, které ovlivňují Vaši náladu, výkonnost?, 8. Měl/a jste někdy epileptický záchvat?, 9. Byl/a jste někdy více než 5 minut v bezvědomí? Viz příloha číslo 3.

Druhá část testové baterie byl BPQ – Dotazník pro hraniční poruchu osobnosti, o němž bylo podrobněji pojednáno v kapitole 2.4 – BPQ – Dotazník pro hraniční poruchu osobnosti. Překlad původní verze dotazníku BPQ byl proveden doc. Markem Preissem. České znění jednotlivých položek bylo formulováno po diskusi mezi docentem a dalším psychologem. Česká verze dotazníku se všemi 80 položkami je k dispozici v příloze číslo 2. Vyplněné dotazníky se poté zadávaly do databáze, která byla k dispozici pro následné zpracování a statistickou analýzu.

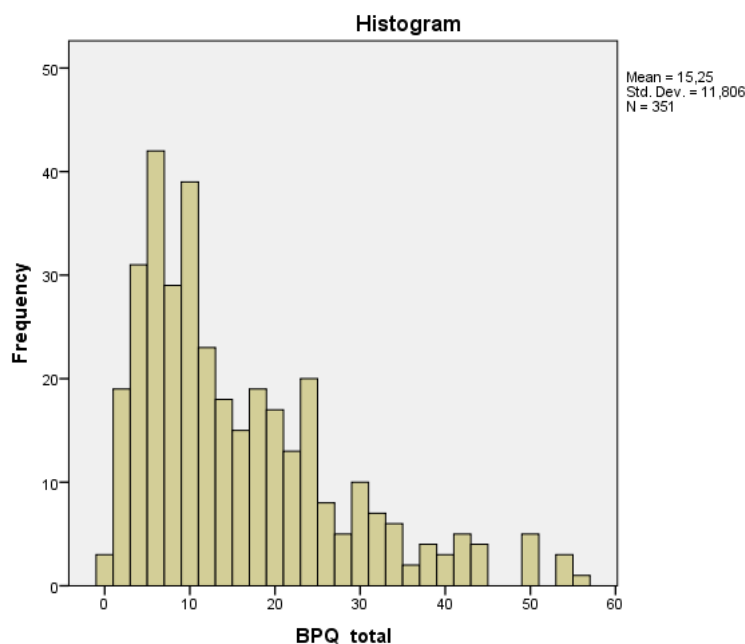
3.3. Analýza dat

V této kapitole se zmíním stručně o statistických procedurách, které byly použity pro ověření vlastností BPQ. Veškerá data byla editována v programu Microsoft Excel for Mac 2011. Analýza dat byla provedena v programu IBM SPSS for Windows, verze 22.0. Hlavním cílem statistického zpracování dat bylo stanovit psychometrické vlastnosti české verze BPQ, především hodnoty vnitřní konzistence. V prvním kroku analýzy byly zjištěny demografické vlastnosti celého souboru ($N = 351$), které jsem dále porovnávala s výsledky původní americké verze dotazníku. V dalším kroku byly ověřeny vlastnosti rozložení celkových skóre BPQ (Kolmogorov-Smirnovým testem a Shapiro-Wilkovým testem). Stanovila jsem hodnoty vnitřní konzistence položek v celém dotazníku a v jednotlivých subškálách pomocí Kuder-Richardsonovi formule 20. Vnitřní konzistenci mezi jednotlivými subškálami jsem vypočítala pomocí Cronbachovy alfa. Dále jsem zjišťovala vztah mezi subškálami a celkovým skórem pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Poté byl zjišťován vztah mezi výkonem v BPQ a věkem pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Na závěr jsou uvedeny předběžné percentilové normativní údaje získané na našem neklinickém souboru, rozdělené dle věkových skupin. Tyto výsledky je však nutné brát pouze jako orientační kvůli poměrně malému kontrolnímu souboru. Jako hladinu statistické významnosti jsem použila $\alpha \leq 0,05$. Kvůli zjištění nenormálního rozložení ve výzkumném souboru a nízkému počtu zkoumaných osob využívám pro zjišťování vztahů mezi demografickými proměnnými v průměrných skórech BPQ neparametrických metod.

3.4. Výsledky

3.4.1. Ověření normality rozložení četností skóre BPQ.

Z obrázku číslo 1 je patrné nenormální rozložení četností skóre BPQ, kde BPQ_total značí celkový průměrný skóre BPQ a Frecvency značí počet respondentů s daným průměrným skóre. Nenormální rozložení bylo potvrzeno Kolmogorov-Smirnovým testem ($KS = 0,185$; $p < 0,001$) a Shapiro-Wilkovým testem ($SW = 0,911$; $p < 0,001$). Vzhledem k tomuto rozložení jsem tedy následně dělala analýzu pro neparametrická data.



Obrázek č. 1: rozložení celkového skóre BPQ

3.4.2. Vnitřní konzistence BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti a jeho jednotlivých subškál

Jedním z hlavních cílů práce bylo spočítat vnitřní konzistenci BPQ. Pro výpočet vnitřní konzistence dotazníku jsem použila Kuder-Richardsonovu formuli 20. Vnitřní konzistence položek celého dotazníku vyšla 0,93, viz tabulka č. 1. Vnitřní konzistence jednotlivých subškál vyšla jako vyhovující – emoční nestabilita (0,857), intenzivní vzték

(0,84), sebepojetí (0,83), pocity prázdnoty (0,83), vztahy (0,74). Zbylé subškály mají vnitřní konzistenci poněkud menší. Patří sem subškála sebepoškozování (0,69), opuštěnost (0,64), impulzivita (0,56) a nejnižší vnitřní konzistenci vykazovala subškála kvazipsychotické stavy (0,51), viz tabulka číslo 2. Vnitřní konzistenci mezi jednotlivými subškálami jsem měřila pomocí Cronbachova alfa a vyšla mi taktéž vysoká (0,83). Viz tabulka č.3.

Tabulka č. 1: Vnitřní konzistence všech položek dotazníku

	KR - 20
BPQ total	0,93

KR-20 – Kuder-Richardsonova reliabilita

Tabulka č. 2: Vnitřní konzistence položek v jednotlivých subškálách

škály	KR- 20	N položek
Impulzivita	0,56	9
Emoční nestabilita	0,86	10
Opuštěnost	0,64	10
Vztahy	0,74	8
Sebepojetí	0,83	9
Sebepoškozování	0,69	7
Pocity prázdnoty	0,83	10
Intenzivní vztek	0,84	10
Kvazipsychotické stavy	0,51	7

KR-20 – Kuder-Richardsonova reliabilita

Tabulka č. 3: Vnitřní konzistence mezi jednotlivými subškálami

	Cronbachova alpha
BPQ total	0,83

3.4.3. Korelace mezi jednotlivými subškálami a celkovým skórem BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti

V tabulce číslo 4 můžeme vidět, že všechny subškály korelují s výsledným skórem pozitivně. Vztahy mezi jednotlivými subškálami a celkovým skórem jsou středně vysoké až vysoké. Většina má hodnotu nad 0,5 což značí středně silný vztah. Pouze subškála kvazi-psychotické stavy měla nižší hodnotu (0,372). Tato subškála rovněž níže koreluje i s ostatními subškálami. Nejvyšší korelace s ostatními subškálami byly obecně u subškál – emoční nestabilita, vztahy, sebeobraz a pocity prázdnoty. Sebeobraz je ve vysokém vztahu s pocity prázdnoty. Subškála emoční nestabilita je ve vysokém vztahu se subškálou intenzivní vztek. Pocity opuštěnosti jsou ve vysokém vztahu se subškálou vztahy.

Tabulka č. 4: Korelace mezi subškálami a celkovým skórem BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti

		Imp	En	Op	V	So	Sui	Pp	Iv	Kps	BPQ cs
Imp	Sk	1	0,339	0,286	0,386	0,29	0,261	0,243	0,354	0,171	0,529
En	Sk	0,339	1	0,458	0,427	0,627	0,364	0,625	0,563	0,255	0,838
Op	Sk	0,286	0,458	1	0,595	0,471	0,308	0,536	0,329	0,18	0,673
V	Sk	0,386	0,427	0,595	1	0,449	0,212	0,507	0,439	0,167	0,702
So	Sk	0,29	0,627	0,471	0,449	1	0,292	0,79	0,334	0,191	0,783
Sui	Sk	0,261	0,364	0,308	0,212	0,292	1	0,331	0,212	0,113	0,456
Pp	Sk	0,243	0,625	0,536	0,507	0,79	0,331	1	0,316	0,252	0,799
Iv	Sk	0,354	0,563	0,329	0,439	0,334	0,212	0,316	1	0,128	0,673
Kps	Sk	0,171	0,255	0,18	0,167	0,191	0,113	0,252	0,128	1	0,372
BPQ cs	Sk	0,529	0,838	0,673	0,702	0,783	0,456	0,799	0,673	0,372	1

Poznámky: Sk – Spaermanův korelační koeficient, $p < 0,05$ Imp – Impulzivita,
 En – Emoční nestabilita, Op – Opuštěnost, V – Vztahy, So – Sebeobraz,
 Sui – Suicidalita/Sebepoškozování, Po – Pocity opuštěnosti, Iv – Intenzivní vztek,
 Kps – kvazi-psychotické stavy, BPQ cs – BPQ celkové skóre,

3.4.4. Souvislost výsledných skóre BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti s věkem

V této kapitole budu ověřovat souvislost věku se skórem v BPQ na celém souboru (N = 351). Důvodem zjišťování vztahu mezi touto proměnnou je případné uvedení předběžných normativních výsledků zohledňujících signifikantní demografické rozdíly. Podle prostudované dostupné literatury předpokládám, že se objeví rozdíly ve výsledném skóru BPQ mezi mladší věkovou kategorií a starší věkovou kategorií. Kvůli nenormálnímu rozložení skóre byla pro věk využita Spaermanova neparametrická korelace.

Vztah mezi věkem a výsledným skórem v BPQ se prokázal jako signifikantní. Výsledky této analýzy zobrazené v tabulce číslo 5 tedy ukazují, že se stoupajícím věkem hodnoty BPQ skóru klesají.

Tabulka č. 5 Korelace demografických proměnných se skórem BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchy osobnosti

	Celkový skór BPQ-Cz
věk (n=351)	r
	-0,293

Poznámky: r – korelace, $p < 0,05$

3.4.5. Rozdíly mezi dvěma věkovými skupinami českého souboru v průměrném skóru BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti

Z přečtené literatury (Bridget, 2008, Poreh et. al., 2006) vyplývá, že hraniční rysy jsou mnohem výraznější v mladém věku než v pozdějším. Pro možnost porovnání průměrných výsledných skóre v BPQ jsem výzkumný soubor rozdělila na dvě věkové skupiny.

Skupinu mladistvých od 18 do 26 let věku. A skupinu od 26 let výše. Hranici 26 let jsem použila z důvodu téměř rovnoměrného rozdělení těchto dvou věkových kategorií.

První věková skupina zastupuje v českém souboru 51,3% a druhá skupina 48,7%. Tabulka číslo 6 ukazuje rozdíl ve výsledném skóru mezi těmito věkovými kategoriemi.

Skupina do 26 let má podstatně vyšší průměrný výsledný skór (18,6) než skupina od 27 let výše (12,25)

Tabulka č. 6: Rozdíly v průměrném skóre mezi věkovými kategoriemi

Věk	N	M	%	SD
18-26	180	18,46	51,3	12,99
27-84	171	11,88	48,7	9,32

Poznámky: N = počet, M = průměr, % - procentuální zastoupení věkových kategorií, SD = směrodatná odchylka

3.4.6. Rozdíly mezi národnostmi v průměrném skóru BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti

V tabulce číslo 1 je vidět rozdíl mezi výsledným skórem české populace v BPQ a výslednými skóry souborů z ostatních zemí. Konkrétně jsem porovnávala výsledky souboru české neklinické populace (N = 351), americké neklinické populace (N = 181), anglické populace (N = 223) a australské populace (N = 154). Pro lepší přehled jsem výsledné skóry amerického, anglického a australského souboru zprůměrovala. Průměrný skór BPQ je u českého souboru 15,25, což je podstatně nižší skór než u zbylých zemí (US-21,6, GB-20,84, AUS-21,51). Tento rozdíl v průměrném skóru mezi českým souborem a ostatními zeměmi se objevuje i u jednotlivých subškál. Nejvýraznější rozdíl mezi zprůměrovanými skóry z Porehovy studie a skóry z našeho souboru můžeme zpozorovat v subškále impulzivita, vztahy, sebeobraz a intenzivní vztek. Největší shodu mezi průměrnými skóry jsem zaznamenala u subškál opuštěnost, suicidalita/sebepoškozování, pocity prázdnoty a kvazi-psychotické vztahy. Nejvyšší skór je v subškálách emoční nestabilita, intenzivní vztek a sebeobraz u všech 4 souborů. Nejnižší průměrný skór se objevuje v subškálách suicidalita/sebepoškozování a opuštěnost. Rovněž u všech čtyř souborů. Viz tabulka číslo 7.

Tabulka č.7: průměrné skóry souborů z jednotlivých zemí

	BPQ- CZ (n=351)	BPQ-US (n=181)	BPQ-GB (n=223)	BPQ- AUS (n=223)	M BPQ Poreh (n=558)
Impulzivita	1,52	3,16	2,34	1,82	2,44
Emoční nestabilita	3,11	2,32	4,3	4,39	3,67
Opuštěnost	0,91	0,91	1,39	1,66	1,32
Vztahy	1,68	3,25	2	2,52	2,59
Sebeobraz	1,74	3,3	2,55	2,69	2,85
Suicidalita/Sebepoškozování	0,45	1,28	0,98	0,86	1,04
Pocity prázdnoty	1,68	1,77	2,34	2,77	2,29
Intenzivní vztek	2,38	3,43	2,74	2,79	2,99
Kvazi-psychotické stavy	1,8	2,13	2,26	1,73	2,04
BPQ celkem	15,25	21,6	20,84	21,51	21,32

Poznámky: BPQ CZ = průměrné skóry českého souboru, BPQ US = průměrné skóry amerického souboru, BPQ GB = průměrné skóry anglického souboru, BPQ AUS = průměrné skóry australského souboru, M BPQ Poreh = zprůměrovaného skóry všech třech zemí z Porehovy studie

Rozdíl v průměrných skórech BPQ mezi českým souborem a souborem z Porehovi studie by mohl být způsoben rozdílným věkovým zastoupením. V této kapitole tedy využiji k porovnání rozdílu průměrných skóre mezi národnostmi pouze český soubor do 26 let. V souboru Porehovi studie je průměrný věk 21 let. První polovina, kterou jsem získala rozdělením českého souboru na dvě věkové kategorie, má průměrný věk 22 let. Tímto by se tedy mohly smazat rozdíly, které vznikly různým věkovým rozpětím těchto dvou souborů.

V tabulce číslo 8 však vidíme, že je mezi českým souborem a ostatními národnostmi v souboru Porehovi studie i nadále rozdíl v průměrném skóru. Český soubor má nižší průměrný skór BPQ (18,46) než ostatní soubory zastupující další tři národnosti (US – 21,6, GB – 20,84, AUS – 21,51). Český soubor skóruje rovněž níže v jednotlivých subškálách, kromě jedné – emoční nestabilita. Zde má vyšší průměrný skór (3,87) než soubor z Porehovi studie (3,67).

Tabulka č. 8: Porovnání průměrných skóre českého věkového souboru do 26 let a ostatních souborů z Porehovy studie

	BPQ-CZ	BPQ-US	BPQ-GB	BPQ-AUS	M BPQ Poreh
Impulzivita	1,81	3,16	2,34	1,82	2,44
Emoční nestabilita	3,87	2,32	4,3	4,39	3,67
Opuštěnost	1,05	0,91	1,39	1,66	1,32
Vztahy	1,88	3,25	2	2,52	2,59
Sebeobraz	2,24	3,3	2,55	2,69	2,85
Suicidalita/Sebepoškozování	0,57	1,28	0,98	0,86	1,04
Pocity prázdnoty	2,26	1,77	2,34	2,77	2,29
Intenzivní vztek	2,89	3,43	2,74	2,79	2,99
Kvazi-psychotické stavy	1,9	2,13	2,26	1,73	2,04
BPQ celkem	18,46	21,6	20,84	21,51	21,32

Poznámky: BPQ CZ = průměrné skóre českého souboru, BPQ US = průměrné skóre amerického souboru, BPQ GB = průměrné skóre anglického souboru, BPQ AUS = průměrné skóre australského souboru, M BPQ Poreh = zprůměrovaného skóre všech třech zemí z Porehovi studie

3.4.7. Porovnání pohlaví a průměrného skóre BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti

Vzhledem k výsledkům studie Amira Poreha, ukazujících na rozdíl průměrných skóre v subškálách BPQ mezi pohlavími, jsem se rozhodla zjistit zda se mezi českými muži a ženami v souboru objeví také rozdíl hodnoty.

V tabulce s číslem 9 můžeme vidět názvy jednotlivých subškál, počet mužů a žen, kteří vyplňovali dotazník, a průměrný skóre v dané subškále. V subškále emoční nestabilita je vidět rozdíl mezi muži (2,54) a ženami (3,47). Ženy v této subškále skórovaly více. Naopak muži měli vyšší průměrný skóre v subškále vztahy (1,94), impulzivita (1,76) a kvazi-psychotické stavy (1,92) oproti ženám (vztahy – 1,51, impulzivita – 1,36, kvazi-psychotické stavy 1,72). Celkový průměrný skóre byl mezi ženami a muži poměrně vyrovnaný. Ženy (15,29), muži (15,18).

Tabulka č. 9: Porovnání pohlaví a průměrného skóru BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti

	pohlaví	N	M	Std. Odchylka
Impulzivita	1	134	1,76	1,687
	2	217	1,36	1,354
Emoční nestabilita	1	134	2,54	2,629
	2	217	3,47	3,078
Opuštěnost	1	134	0,94	1,445
	2	217	0,88	1,302
Vztahy	1	134	1,94	1,946
	2	217	1,51	1,841
Sebeobraz	1	134	1,67	2,361
	2	217	1,77	2,188
Suicidalita/Sebepoškozování	1	134	0,36	0,817
	2	217	0,51	1,063
Pocity prázdnoty	1	134	1,81	2,642
	2	217	1,59	2,007
Intenzivní vztek	1	134	2,23	2,566
	2	217	2,47	2,67
Kvazi-psychotické stavy	1	134	1,92	1,517
	2	217	1,72	1,272
BPQ celkové skóre	1	134	15,18	12,385
	2	217	15,29	11,463

Poznámky: 1 = muži, 2 = ženy, N = počet respondentů, M = průměrný skór

3.4.8. Porovnání průměrného skórů BPQ - Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti a jeho subškál u obou pohlaví mezi národnostmi

V tabulce číslo 10 vidíme rozdíly v průměrných skórech mezi pohlavími u jednotlivých národností z naší a Porehovi studie. V subškále emoční nestabilita měly ženy ve všech 4 souborech průměrně vyšší skór než muži. Muži měli naopak vyšší průměrný skór než ženy v subškálách kvazi-psychotické stavy a impulzivita. Čeští a američtí muži

měli také významně vyšší průměrný skór než ženy v subškále vztahy. Australské ženy měly významně vyšší skór v subškále opuštěnost oproti americkému a českému vzorku.

Američtí muži měli významně vyšší skór v subškále sebeobraz oproti anglickému, australskému a českému souboru. Anglický soubor žen měl průměrně vyšší skór než mužský anglický soubor v subškále pocity prázdnoty jako jediný ze čtyř národností.

Tabulka č. 10 Porovnání průměrného skóru BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti a jeho subškál u obou pohlaví mezi národnostmi

Subškály	Pohlaví	CZ (N=351)	US (N=181)	GB (N=223)	AUS (N=154)
		M	M	M	M
Impulzivita	1	1,76	3,21	2,56	2,35
	2	1,36	3,19	2,18	1,65
Emoční nestabilita	1	2,54	2,14	3,53	4,03
	2	3,47	2,42	4,85	4,5
Opuštěnost	1	0,94	1,05	1,23	1,24
	2	0,88	0,85	1,51	1,79
Vztahy	1	1,94	3,66	2,03	2,59
	2	1,51	3,06	2	2,5
Sebeobraz	1	1,67	3,54	2,23	2,08
	2	1,77	3,12	2,78	2,88
Suicidalita/sebepoškozová ní	1	0,36	1,12	0,88	0,78
	2	0,51	1,39	1,05	0,88
Pocity prázdnoty	1	1,81	2,02	2,03	2,76
	2	1,59	1,65	2,56	2,77
Intenzivní vztek	1	2,23	3,42	2,9	2,57
	2	2,47	3,46	2,62	2,86
Kvazi-psychotické stavy	1	1,92	2,93	2,27	1,92
	2	1,72	1,74	2,25	1,68
BPQ celkový skór	1	15,18	22,38	19,66	20,32
	2	15,29	20,45	21,7	21,51

Poznámky: CZ M = průměrné skóry českého souboru, US M = průměrné skóry amerického souboru, GB M = průměrné skóry anglického souboru, AUS M = průměrné skóry australského souboru, 1 = muži, 2 = ženy

3.4.9. Stanovení předběžných norem BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti

Normalizací rozumíme možnost srovnání individuálního výsledku s normou stanovenou na základě získaných dat z dostatečně velkého a reprezentativního souboru. Pro snazší srovnání s normou se hrubé skóry převádějí na standardní skóry. V této bakalářské práci použiji percentily, udávající kolik procent populace má nižší skóre než vyšetřovaná osoba (Svoboda, 2013). Dle výsledků, které mi vyšly výše, byl soubor rozdělen do 2 věkových skupin. Výsledné percentilové údaje dle věku jsou uvedeny v Tabulce číslo 11 a 12. Vzhledem k nízkému počtu osob je však nutné brát veškeré normativní údaje pouze jako orientační.

Tabulka č. 11: percentilové normy pro věkovou kategorii 26 a méně

Percentily	celkový skóre BPQ
5	2
10	5
25	8,25
50	15,5
75	24,75
90	39,8
95	48,75

Tabulka č. 12: percentilové normy pro věkovou kategorii 27 a více

Percentily	celkový skóre BPQ
5	2
10	3
25	5
50	9
75	17
90	25
95	32

4. Diskuse

Hlavním cílem této práce bylo ověření základních psychometrických charakteristik české verze BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti na souboru české neklinické populace. Zajímala mne především vnitřní konzistence dotazníku, vztah mezi jeho subškálami a rozdíly v průměrných skórech mezi demografickými proměnnými. Všechny tyto výsledky jsem pak porovnávala s výsledky studie Amira Poreha. Následující text přináší podrobný rozbor této psychometrické analýzy.

4.1. Vnitřní konzistence BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti

V úvodu této diskuse se zaměříme na náš hlavní cíl a tím je zjištění vnitřní konzistence české verze BPQ. Vnitřní konzistence položek celého dotazníku měřená pomocí Kuder-Richardsonovi formule vyšla 0,93, což značí velmi vysokou vnitřní konzistenci dotazníku. Tento výsledek je téměř identický s výsledky Porehovy studie, kde Kuder-Richardsonova formule vyšla 0,94.

Vnitřní konzistence jednotlivých subškál vyšla jako vyhovující – emoční nestabilita (0,86), intenzivní vztek (0,84), sebepojetí (0,83), pocity prázdnoty (0,86), vztahy (0,74). Zbylé subškály mají vnitřní konzistenci poněkud menší. Patří sem subškála suicidalita/sebepoškozování (0,69), opuštěnost (0,64), kvazi-psychotické stavy (0,57) a impulzivita (0,56).

Tyto výsledky jsou téměř souhlasné s výsledky Porehovy studie. Zde vyšla vnitřní konzistence vysoká také u subškál – emoční nestabilita (0,89), intenzivní vztek (0,84), sebepojetí (0,79), pocity prázdnoty (0,81), vztahy (0,85). Na rozdíl od naší studie se však subškála suicidalita/sebepoškozování ukázala jako vysoce vnitřně konzistentní (0,77). Tento rozdíl ale není nijak významně vysoký. Stejně jako v Porehově studii vyšla i v naší práci vnitřní konzistence zbylých subškál relativně nízká. Patří sem subškála – kvazi-psychotické stavy (0,51), impulzivita (0,66) a opuštěnost (0,64).

Mírná nekonzistentnost některých subškál může být způsobena širokým spektrem oblastí, které tyto subškály zahrnují a odráží tak nehomogenitu příznaků, jenž je pro hraniční poruchu typická. Měrná oblast zmíněných subškál je široká, tudíž je přirozené, že spolu některé položky v dané subškále nekorelují. Například subškála impulzivita zahrnuje velké množství diferenciovaných komponent, kterými se vyznačuje – položky v této

subškále zjišťují abúzus návykových látek, promiskuitu, bezohledné řízení motorových vozidel a všeobecné impulzivní jednání. Impulzivita se tedy u jednotlivých respondentů může projevovat jen v některých oblastech. Nekonzistence subškály kvazi-psychotické stavy by mohla být rovněž způsobená chybnou interpretací otázek daného respondenta, zapříčiněnou jejich často nejasnou formulací. Konkrétně by si respondent mohl chybně interpretovat otázku 25 – jsem schopný/á odečíst, co se odehrává v mysli druhých lidí a otázku 48 – je nemožné dokázat číst myšlenky druhých lidí. Záměrem těchto dvou otázek je patrně zjistit zda respondent netrpí přechodnými paranoickými projevy, ten by si tuto otázku však mohl interpretovat jako schopnost odhadnout z neverbálních projevů lidí jejich myšlenkové pochody. Při zadávání dotazníků jsem se s touto chybnou formou interpretace výše zmíněných otázek často setkávala.

Vnitřní konzistenci mezi jednotlivými subškálami jsem měřila pomocí Cronbachovo alfa a vyšla mi taktéž vysoká (0,83). V porovnání se studiemi měřící vnitřní konzistenci BPQ pomocí Cronbachovo alfa (Chanen et. al., - 0,92, Anderson a Coolidge – 0,92) je výsledek nižší, ale stále ho můžeme považovat za vysoce vnitřně konzistentní.

4.2. Korelace subškál s ostatními subškálami a výsledným skórem

Z výsledků analýzy vyplynulo, že všechny subškály jsou ve středně vysokém až vysokém vztahu s výsledným skórem BPQ. Nejníže korelovala s výsledným skórem i s ostatními subškálami subškála kvazi-psychotické stavy. Tato subškála se rovněž ukázala jako jedna z nejméně vnitřně konzistentních, měla by však zachycovat paranoidní a disociativní symptomy, které se objevují spíše v reakci na stres. Nejsou tedy typickým a stálým příznakem hraniční poruchy osobnosti. Nízká korelace mezi touto subškálou a ostatními subškálami se mi tedy jeví jako logická.

Subškála sebeobraz byla ve vysokém vztahu s pocity prázdnoty. Z tohoto vztahu by se dalo usoudit, že čím silnější máme identitu, tím menší bychom mohli mít pocity prázdnoty. Tento vztah však nemusí být kauzální, takže je to pouze hypotéza, která by se dala dále rozvíjet ve výzkumech zaměřených na nestabilní identitu jako příčinu pocitů prázdnoty.

Vztah mezi subškálou emoční nestabilita a subškálou intenzivní vztek demonstruje kapitola 2.2.2, kde je oblast narušeného emočního vnímání u hraničních pacientů

charakterizována kromě výkyvy nálad také zvýšenou afektivitou. (zlostné výbuchy, které dovedou vyvolat i nepatrné podněty.)

Subškála opuštění je ve vysokém vztahu se subškálou vztahy. Subškála vztahy měří nestabilitu a nefunkčnost vztahů. Tato nestabilita a následná nefunkčnost vztahů může vyústit v nedůvěru ve vztahy a následné pocity opuštěnosti, které jsou doprovázeny strachem z domnělého opuštění. Naopak horlivá snaha jedince vyhnout se opuštění, může být jeden z faktorů ovlivňujících nestabilitu vztahu. Tyto hypotézy by mohly být rovněž podnětem k dalším výzkumům.

4.3. Porovnání průměrného skóru mezi americkým a českým souborem

Zajímavým zjištěním v této práci byl rozdíl v průměrném skóru mezi souborem ze studie Amira Poreha (USA N = 181, GB N = 223, AUS N = 154) a souborem české neklinické populace (N = 351). Podrobná analýza průměrných skóre v kapitole 4 ukazuje, že je mezi souborem české neklinické populace a souborem z ostatních zemí v Porehově studii rozdíl v průměrném skóru dotazníku a skóre jeho jednotlivých subškál. Průměrný skór BPQ vyšel u českého souboru 15,25. V Porehově studii byl výsledný průměrný skór podstatně vyšší (21,32). Průměrný skór v jednotlivých subškálách vychází v českém souboru rovněž nižší než v Porehově souboru. Tento rozdíl by se dal vysvětlit diferenciovaností demografických proměnných mezi těmito soubory. V souboru české neklinické populace je počet respondentů 351, v Porehově souboru je počet respondentů podstatně vyšší (N = 558). Počet respondentů v souboru by však neměl mít významný vliv na výsledné průměrné skóre. Podrobnou psychometrickou analýzou jsem zjistila, že v této práci má na výsledný skór BPQ vliv věk respondenta. V Porehově studii tvořili výzkumný soubor převážně mladí lidé. (US = 21,73, GB = 20,10, AUS = 19,32). V mé práci bylo věkové rozpětí výzkumného souboru mnohem větší (18-84) a z toho také vycházel vyšší průměrný věk (32).

Jak už jsem se zmínila výše, v zahraniční literatuře najdeme mnoho výzkumů, které prokazují, že se starším věkem ubývá také hraničních rysů. Domnívala jsem se, že by to mohl být důvod, proč je v českém souboru významně vyšší průměrný skór v celém dotazníku i jeho jednotlivých subškálách. Po rozdělení tohoto souboru na dvě věkové kategorie a porovnání mladšího souboru s ostatními soubory z Porehovy studie se rozdíl

významně snížil. I přesto měl však český soubor nadále nižší průměrné skóry než ostatní země. Po prozkoumání tabulky, která nám ukazovala průměrné skóry všech zemí, jsem zjistila, že nejmenší rozdíl mezi průměrnými skóry se objevil mezi českým souborem a anglickým souborem. České průměrné skóry byly o něco nižší, ne však tak významně jako v porovnání s americkým a australským souborem. Fakt, že nejmenší rozdíl v průměrném skóru byl mezi českým souborem a souborem z dalšího evropského státu by mohl nasvědčovat tomu, že jsou tyto rozdíly dané kulturními charakteristikami jednotlivých zemí.

Dalším vysvětlením by mohla nižší anonymita respondentů v českém souboru a tím pádem i zkreslené vyplnění dotazníků. Respondenti z českého souboru v některých případech znali examinátora. Nesporný vliv na výslednou anonymitu měla také emailová adresa, kterou probandi uváděli na první stránku vyplněných dotazníku v případě zájmu o zpětnou vazbu. V emailové adrese je často uvedeno jméno a příjmení, což na domnělé anonymitě dotazníku značně ubírá. Nižší anonymita a bližší vztah s examinátorem u českého souboru by tedy mohli zapříčinit nepravdivé vyplňování dotazníku a následný nižší výsledný průměrný skór.

4.4. Porovnání pohlaví a průměrného skóru BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti

V českém souboru nebyl zjištěn rozdíl v průměrném skóru BPQ mezi muži a ženami. Byl však zjištěn významný rozdíl v průměrných skórech jednotlivých subškál. Ženy skórovaly výše v subškále emoční nestabilita. Naopak muži měli významně vyšší průměrný skór v subškále vztahy, impulzivita a kvazi-psychotické stavy. Emoční nestabilita byla i u všech ostatních souborů z jednotlivých zemí vyšší u žen než u mužů. V subškálách kvazi-psychotické vztahy a impulzivita zase obecně více skórovali muži než ženy ve všech čtyřech souborech. Čeští a američtí muži měli také významně vyšší průměrný skór v subškále vztahy.

Vyšší skór v subškále emoční nestabilita u žen potvrzuje výsledky výzkumů zkoumajících genderové rozdíly v emocionální labilitě. Ženy mají ve výzkumech napříč různými kulturami opakovaně vyšší míru neuroticismu (emoční lability) oproti mužskému pohlaví. Naopak obecně vyšší míra agresivity objevující se u mužů potvrzuje vyšší průměrný skór v subškále impulzivita. Překvapivým zjištěním pro mne byl však rozdíl

mezi ženami a muži v subškálách vztahy a kvazi-psychotické stavy, kde v obou případech skórovali muži více než ženy. Nabízí se otázka zda se u mužů objevují oproti ženám častěji symptomy které měří subškála kvazi-psychotické stavy (tedy přechodné paranoické jevy a disociativní projevy v reakci na stress) a subškála vztahy (intenzita a nestabilita vztahů). Na tento rozdíl však mohlo mít vliv několik různých faktorů včetně rozdílné interpretace otázek dotazníku mužů a žen.

5. Závěr

V této práci jsem se zabývala zjištěním psychometrických vlastností české verze BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti. Jeho americká verze se v zahraničí osvědčila jako vysoce reliabilní a validní nástroj. V porovnání s ostatními dotazníky měřícími hraniční rysy podle DSM-IV se BPQ ukázalo jako nejlepší možná varianta k měření těchto rysů.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit vnitřní konzistenci dotazníku a porovnat ji s výsledky zahraničních studií. Dále mne zajímaly rozdíly v průměrných skórech mezi demografickými proměnnými a rozdíly mezi průměrnými skóry jednotlivých národností. Studie zahrnuje data od 351 respondentů ve věkovém rozmezí od 18 do 84 let. V nadpoloviční většině se studie účastnily ženy.

Průměrné skóry BPQ jsou závislé na věku respondentů - se zvyšujícím se věkem se tyto průměrné skóry snižují. Z tohoto důvodu byl zaznamenán významný rozdíl mezi průměrnými skóry českého souboru a souboru ze studie Amira Poreha. Po rozdělení českého souboru do dvou věkových kategorií jsem pro větší přesnost výsledků porovnávala první věkovou kategorii (do 26 let) českého souboru s Porehovým souborem. Český soubor měl však i nadále v porovnání s ostatními národnostmi z tohoto souboru nižší průměrný skór v BPQ. Tento rozdíl by mohl být zapříčiněn nižší anonymitou dotazníku, ale také mezikulturním rozdílem. Případný mezikulturní rozdíl však poukazuje na nutnost standardizace BPQ – Dotazníku pro hraniční poruchu osobnosti na české populaci a potvrzuje tak nezbytnost podrobit ho rozsáhlé validizační studii provedené na českém souboru.

Zaznamenala jsem také rozdíl v průměrných skórech v jednotlivých subškálách mezi muži a ženami napříč všemi kulturami. Ženy skórují významně výše v subškále emoční nestabilita. Muži zase skórují výše v subškále impulzivita a kvazi-psychotické stavy. Čeští a američtí muži navíc významně výše než ženy skórují v subškále vztahy. Průměrné skóry z celkového dotazníku jsou pro obě pohlaví téměř stejná. Tento výsledek tedy poukazuje na fakt, že není nutné v budoucnu vytvářet percentilové normy zvlášť pro muže a zvlášť pro ženy. Co se však týče skóre v jednotlivých subškálách, je nutné přihlížet k genderovým rozdílům a brát je v potaz při interpretaci výsledku.

Výše uvedené výsledky by mohly být dobrým podnětem pro zkoumání rozdílných příznaků hraniční poruchy osobnosti mezi pohlavími a mezi jednotlivými kulturami.

Na základě výše zjištěných dat byly rovněž poskytnuty předběžné normativní údaje rozdělené podle věkových kategorií. Česká verze BPQ se prokázala jako vysoce vnitřně konzistentní a byl tak splněn předpoklad části validizace. Pro standardizaci dotazníku však bude nutné jej dále validizovat v rozsáhlejší studii. Výsledky této práce by se daly použít například ke zkoumání externí validity, kde by se porovnávaly průměrné skóry českého neklinického souboru s klinickým souborem, u kterého by byla potvrzena diagnóza hraniční poruchy osobnosti.

Pevně věřím, že se BPQ – Dotazník pro hraniční poruchu osobnosti prokáže jako vysoce validní nástroj stejně tak jako se prokázal i v zahraničí. I přes jeho diagnostickou přesnost ho však doporučuji používat při výzkumu a hodnocení jako potenciálně užitečný nástroj ke zlepšení klinického rozhodování, nikoliv však jako jediný podklad pro stanovení klinické diagnózy.

6. Seznam použitých informačních zdrojů

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. 4. ed., 4. print. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1995. ISBN 0890420610.
- ANDERSON, N., COOLIGE S., Outcome Measures for Borderline Personality Disorder, *ResearchGate*, 2009, 1-15.
- BALON, Richard, Quo Vadis DSM, *Supplementum Psychiatrie* 3/2009, 123-126.
- BRIDGET, F. Grant, Ph.D., et. al., Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *J Clin Psychiatry*. 2008 Apr; 69(4): 533–545.
- CHANEN M Andrew, MBBS, MPM, et al., Screening for borderline personality disorder in outpatient youth , *Journal of Personality Disorders*, 2008, 353–364.
- EVANGELU, Jaroslava Ester a NEUBAUER, Jiří. *Testy pro personální práci: jak je správně vytvářet a používat*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Manažer. ISBN 978-80-247-5056-9.
- GABBARD, Glen O. a WILKINSON, M. Sallye. *Management of countertransference with borderline patients*. 1st softcover ed. Northvale, N.J.: Jason Aronson, 2000. ISBN 0765702630.
- GUNDERSON, John G a HOFFMAN, D. Perry. Understanding and treating borderline personality disorder: a guide for professionals and families. 1st ed. Washington, DC: *American Psychiatric Pub*, 2005. ISBN 1585621358.
- HASLER, Ggregor, MD et. al., Clinical research - Patient reported outcomes in borderline personality disorder, *Dialogues Clin Neurosci*, 2014, 255-266.
- KRAWITZ, Roy a JACKSON, Wendy. *Borderline personality disorder*. New York: Oxford University Press, 2008. Facts (Oxford, England).
- LINEHAN, Marsha M., PhD, et. al., Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients, *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- LINEHAN, Marsha M., PhD., et. al., Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients, *Archives of General Psychiatry*, 1993, 971-974.

- MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize, aktualizovaná verze k 1.4.2014. Tabuleární část. Specifické poruchy osobnosti. 2014, 232-236.
- NEO pětifaktorový osobnostní inventář. *hogrefe – testcentrum s. r. o.* [online]. 30.3.2016 [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: <http://www.testcentrum.cz/testy/neo-ffi>.
- PASTUCHA, P., Terapie Hraniční poruchy osobnosti – dialektická behaviorální terapie, *Psychiatrie pro praxi* 2003/5, 221-222.
- POREH, M. Amir, PhD, et al., THE BPQ: A scale for the assessment of borderline personality based on DSM IV criteria, *Journal of Personality Disorders*. 20(3), 2006 The Guilford Pres, 247 – 258.
- PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-737-X.
- PREISS, M., RODRIGUEZ, M., HOUBOVÁ, P., Diagnostika psychopatologie osobnosti – vliv akutního stavu. Psychiatrické centrum Praha Diagnostika, n.d.
- PREISS, M., diagnostika poruch osobnosti – chyby a omyly, *SANQUIS* č.38/2005, 17.
- PREISS, M., Theodore Millon – teorie osobnosti a jejích poruch. *Psychiatrie*, 7, 2003, 91 – 95.
- PREISS, M., ROTHANZLOVÁ, S., KRÁMSKÁ, L., ERNEST, R., ŠTĚPÁNKOVÁ, H., Odlišuje Cloningerův dotazník temperament a charakteru osoby s poruchou osobnosti a bez nich lépe než jiné dotazníkové metody? *Psychiatrie* ročník 10/číslo 3, 2006, 136-143.
- RÖHR, Heinz-Peter. *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012, 117 s. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0311-7.
- RABOCH, Jiří, HRDLIČKA, Michal, MOHR, Pavel, PAVLOVSKÝ, Pavel a PTÁČEK, Radek (eds.). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. První české vydání. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
- RIEGEL, K., PREISS, M., Osobnostní inventář pro DSM 5 (PID 5) forma pro dospělé. Nepublikovaný překlad, 2015.

- RIEGEL, K., PREISS, M., HARSA, P., Strukturované interview organizace osobnosti (STIPO): představení metody v kontextu DSM – V, *Psychiatrie*. Ročník 19. 2015. číslo 1.
- SMÉKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2002. Studium. ISBN 80-85947-80-3.
- SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací : nástin nozologie : diagnostika*. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1996. ISBN 80-85800-33-0.
- SLAVÍK, Milan, et. al., *Vysokoškolská pedagogika: Pro odborné vzdělávání*, Grada publishing a.s., 2012, 209-2011, ISBN 8024780747.
- STERN, A., Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q.* 1938; 467-489.
- SVOBODA, Mojmír a HUMPOLÍČEK, Pavel, ŠNOREK, Václav (ed.). *Psychodiagnostika dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0363-6.
- SWAWRTZ, M., MD., et al., Estimating the Prevalence of Borderline Personality Disorder in the Community, *Journal of Personality Disorders*, 1990, 257-272.
- TROKANOVÁ, Z., Hraničná porucha osobnosti a mentalizácia, *Psychiatria-Psychotherapia-Psychosomatika*, 17,2010,č.3, 178-185.
- URBÁNEK, Tomáš, DENGLEROVÁ, Denisa a ŠIRŮČEK, Jan. *Psychometrika: měření v psychologii*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-836-4.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- ZANARINY, Mary C., et. al., Childhood experiences of borderline patients, *Comprehensive Psychiatry*, 1989, 18-25.
- ŽITNÍKOVÁ, D., Recenze psychodiagnostické metody, *Fakulta sociálních studií MU*, 2014.

7. Seznam příloh

**Příloha č. 1 BPQ – Dotazník pro hraniční poruchy osobnosti (původní verze):
příslušné položky pro jednotlivé škály.**

APPENDIX 1

BPQ items arranged by subscales.

Note that items marked with an asterisk (*) are reverse scored.

Impulsivity

- 1. I often do things without thinking them through.
- 10. I will not have sex with someone unless I have known them for quite some time.*
- 26. I have tried 'hard' street drugs (e.g., cocaine, heroine).
- 34. It is not unusual for me to have sex on the first date.
- 42. I get high on drugs whenever I feel like it.
- 57. When I drink, I drink too much.
- 64. I often receive speeding tickets.
- 68. I often do things impulsively.
- 71. At times I eat so much food that I am in pain or have to force myself to throw up.

Affective Instability

- 2. I often become depressed or anxious 'out of the blue.'
- 11. I sometimes feel anxious or irritable and become sad a few hours later.
- 19. My friends have told me that my mood changes very quickly.
- 27. My mood frequently alternates throughout the day between happiness, anger, anxiety, and depression.
- 35. I sometimes feel very sad, but this feeling can change quickly.
- 43. I rarely feel sad or anxious.*
- 49. I sometimes feel very happy but this feeling can change quickly.

58. I consider myself to be a moody person.

65. I often feel like I am on an emotional 'roller-coaster.'

72. People tell me that I am a moody person.

Abandonment

3. People often leave me.

12. When people close to me die or leave me, I feel abandoned.

20. I am afraid to spend time alone.

28. When my friends leave, I am confident I will see them again.*

44. No one loves me.

50. I find it difficult to depend on others because they will not be there
when I need them.

59. I have difficulty developing close relationships because people often
abandon me.

66. I feel like my family has deserted me.

73. The people I love often leave me.

78. I often become frantic when I think that someone I care about will leave me.

Relationships

4. I am rarely disappointed by my friends.*

13. I often exaggerate the potential of friendships only to find out later
that they will not work out.

21. People who seem trustworthy often disappoint me.

29. My friends often disappoint me.

36. People often let me down.

45. When I trust people, they rarely disappoint me.*

51. The relationships with people I care about have lots of ups and downs.

60. My friends are always there when I need them.*

Self-Image

5. I feel inferior to other people.

14. If I were more like other people I would feel better about myself.

37. I wish I could be more like some of my friends.

46. I feel that people would not like me if they really knew me well.

52. I feel comfortable acting like myself.*

61. I wish I were someone else.

67. I am very comfortable with who I am.*

70. I am not sure what I want to do in the future.

74. In social situations, I often feel that others will see through me and realize that I don't have much to offer,

Suicide/Self-Mutilation

6. I have threatened to hurt myself in the past.

15. I have deliberately tried to hurt myself without trying to kill myself.

22. I have made a suicide attempt in the past.

30. I have cut myself on purpose.

38. I used to try to hurt myself to get attention.

53. I have never made an attempt to hurt myself.*

75. I have been in the hospital for trying to harm myself.

Emptiness

7. I do not believe that I have the skills to do anything with my life.

16. In general, my life is pretty boring.

23. I often feel like I have nothing to offer others.

31. I often feel lonely and deserted.

39. I am often different with different people in different situations so that sometimes I am not sure who I am.

54. I rarely feel lonely.*

62. I feel like my life is not interesting.

69. My life is without purpose.

76. I often feel empty inside.

79. I am often confused about my long term goals.

Intense Anger

8. I rarely get angry at other people.*

17. I frequently get into physical fights.

24. I have trouble controlling my temper.

32. I have no difficulty controlling my temper.*

40. I easily become irritated by others.

47. I get angry easily.

55. I often find that the littlest things make me angry.

63. When I am angry, I often hit objects and break things.

77. Others often make me angry.

80. Others say I'm quick tempered.

Quasi-Psychotic States

9. Sometimes I feel like I am not real.

18. People are sometimes out to get me.

25. I can read other people's minds.

33. I sometimes see or hear things that other people cannot see or hear.

41. Sometimes I can actually hear what other people are thinking.

48. It is impossible to read others' minds.*

56. Sometimes I can't tell between what is real and what I have imagined.

ČÁST II

BPQ

PROSÍME OZNAČTE U VŠECH POLOŽEK ODPOVĚĎ, KTERÁ NEJLÉPE VYSTIHUJE, JAK SE OBVYKLE CÍTÍTE (během posledních 2 let, nebo delšího období). OZNAČTE ANO POKUD SI MYSLÍTE, ŽE TVRZENÍ PRO VÁS PLATÍ, NEBO NE POKUD TVRZENÍ PRO VÁS NEPLATÍ. V DOTAZNÍKU NEJSOU SPRÁVNÉ, NEBO ŠPATNÉ ODPOVĚDI, ANI ŽÁDNÉ CHYTÁKY. PROSÍME ODPOVĚZTE CO NEJUPŘÍMNĚJI A NEPŘEMÝŠLEJTE PŘÍLIŠ DLOUHO.

1	Často něco udělám, aniž bych to promýšlel/a.	ANO	NE
2	Často jsem depresivní nebo úzkostný/á a z ničeho nic.	ANO	NE
3	Lidé mě často opouštějí.	ANO	NE
4	Mí přátelé mě zřídka zklamou.	ANO	NE
5	Vzhledem k druhým lidem se cítím méněcenný/á.	ANO	NE
6	V minulosti jsem již zkusil/a vyhrožovat, že si ublížím.	ANO	NE
7	Nevěřím, že mám schopnost v životě cokoliv dokázat.	ANO	NE
8	Málokdy se na druhé lidi naštvu.	ANO	NE
9	Někdy se cítím, jako kdybych doopravdy neexistoval/a.	ANO	NE
10	Neměl/a bych sex s někým, koho bych předtím aspoň nějakou dobu neznal/a.	ANO	NE
11	Někdy se cítím úzkostně nebo podrážděně a několik hodin potom se začnu cítit smutně.	ANO	NE
12	Když blízcí lidé umřou nebo mě opustí, vnímám to jako podraz.	ANO	NE
13	Často se mi stává, že přeháním význam nějakého přátelství a pak zjistím, že nefunguje	ANO	NE
14	Kdybych byl/a více jako druzí lidé, cítil/a bych se lépe.	ANO	NE
15	Už jsem si zkusil/a úmyslně ublížit, ale ne tak, abych se zabil/a.	ANO	NE
16	Můj život je celkově dost nudný.	ANO	NE
17	Často se dostávám do fyzických potyček.	ANO	NE
18	Lidé se mě někdy snaží “dostat”.	ANO	NE
19	Přátelé mi řekli, že se mi nálada mění velmi rychle.	ANO	NE
20	Bojím se trávit čas sám/a.	ANO	NE
21	Často mě zklamou lidé, kteří se zdají být důvěryhodní.	ANO	NE

22	V minulosti jsem spáchal/a pokus o sebevraždu.	ANO	NE
23	Často cítím, že nemám druhým co nabídnout.	ANO	NE
24	Dělá mi potíže kontrolovat můj vztek.	ANO	NE
25	Jsem schopný/á odečíst, co se odehrává v mysli druhých lidí.	ANO	NE
26	Vyzkoušel/a jsem už tvrdé drogy (např. kokain, heroin)	ANO	NE
27	Během dne mi nálada často kolísá mezi radostí, hněvem, úzkostí a depresí.	ANO	NE
28	Když přátelé odejdou, jsem si jist/a, že je zase uvidím.	ANO	NE
29	Přátelé mě často zklamou.	ANO	NE
30	Záměrně jsem se pořezal/a.	ANO	NE
31	Často se cítím osamělý/á a prázdný/á.	ANO	NE
32	Kontrolovat můj vztek je pro mě snadné.	ANO	NE
33	Někdy vidím nebo slyším věci, které ostatní vidět nebo slyšet nedokáží.	ANO	NE
34	Není pro mě vzácnost mít sex během první schůzky.	ANO	NE
35	Někdy se cítím velmi smutně, ale to se může rychle změnit.	ANO	NE
36	Lidé mě často zklamávají.	ANO	NE
37	Přál/a bych si být více jako někteří z mých přátel.	ANO	NE
38	Už jsem si zkusil/a ublížit, abych získal/a pozornost.	ANO	NE
39	Často se chovám různě s různými lidmi a v různých situacích, takže si někdy nejsem jistý/á, co jsem vlastně zač.	ANO	NE
40	Snadno se nechám druhými lidmi podráždit.	ANO	NE
41	Někdy opravdu slyším, co si druzí myslí.	ANO	NE
42	Drog si užívám, kdykoliv se mi chce.	ANO	NE
43	Vzácně se cítím smutně nebo úzkostně.	ANO	NE
44	Nikdo mě nemá rád.	ANO	NE
45	Když lidem důvěřuji, málokdy mě zklamou.	ANO	NE
46	Myslím si, že by mě lidé neměli rádi, kdyby mě doopravdy dobře znali.	ANO	NE
47	Snadno se naštvu.	ANO	NE
48	Je nemožné dokázat číst myšlenky druhých lidí.	ANO	NE
49	Někdy se cítím velmi radostně, ale to se může rychle změnit.	ANO	NE
50	Je pro mě obtížné spoléhat na druhé, protože nebudou k dispozici, když je budu potřebovat.	ANO	NE
51	Vztahy s lidmi, kteří jsou pro mě důležití, jsou plné nadšení i zklamání.	ANO	NE
52	Cítím se dobře takový/á jaký/á jsem.	ANO	NE
53	Nikdy jsem si nezkusil/a ublížit.	ANO	NE
54	Málokdy se cítím opuštěný/á.	ANO	NE
55	Často zjišťuji, že I drobnosti mě dokáží rozzlobit.	ANO	NE
56	Někdy nejsem schopný/á rozlišit mezi tím, co je opravdové a co má představa.	ANO	NE
57	Když piji alkohol, přeháním to.	ANO	NE
58	Považuji se za náladového člověka.	ANO	NE

59	Je pro mě obtížné navázat blízký vztah, protože lidé mě často opouštějí.	ANO	NE
60	Přátelé jsou vždy po ruce, když je potřebuji.	ANO	NE
61	Přál/a bych si být někým jiným.	ANO	NE
62	Cítím, že můj život není zajímavý.	ANO	NE
63	Když jsem rozzlobený/á, snadno do něčeho udeřím nebo něco rozbiji.	ANO	NE
64	Často dostávám pokutu za rychlou jízdu.	ANO	NE
65	Často se emocionálně cítím jednou nahoře a jednou dole.	ANO	NE
66	Mám pocit, že mě rodina opustila.	ANO	NE
67	Cítím se velmi dobře takový,/á, jaký jsem.	ANO	NE
68	Často něco udělám impulzivně.	ANO	NE
69	Můj život je beze smyslu.	ANO	NE
70	Nejsem si jistý/á, co chci v budoucnosti dělat.	ANO	NE
71	Někdy se tak přejím, že mě to bolí, nebo že se musím donutit to vyzvracet.	ANO	NE
72	Lidé mi říkají, že jsem náladový/á.	ANO	NE
73	Často mě opustí lidé, které mám rád/a.	ANO	NE
74	Ve společnosti často cítím, že mě druzí prohlédnou a poznají, že nemám moc co nabídnout.	ANO	NE
75	Už jsem byl/a v nemocnici kvůli tomu, že jsem se pokusil/a ublížit.	ANO	NE
76	Často cítím vnitřní prázdnotu.	ANO	NE
77	Druzí lidé mě snadno naštvou.	ANO	NE
78	Často jsem běsný/á, když pomyslím, že nědo, o koho mám zájem, by mě mohl opustit.	ANO	NE
79	Často cítím nejistotu ohledně dlouhodobých cílů.	ANO	NE
80	Druzí lidé o mně říkají, že snadno vybuchnu	ANO	NE

Příloha č.3: Demografická část dotazníku

Odpovídáním na otázky, které Vám budeme klást, pomáháte s projektem Národního ústavu duševního zdraví (www.nudz.cz) zaměřeného na validizaci několika dotazníkových metod.

ČÁST I

Vliv některých životních zážitků na fyzické zdraví a duševní rozpoložení

Od těchto psychologických metod v budoucnosti očekáváme, že budou v praxi pomáhat psychologům a jiným pomáhajícím profesím k pochopení vlivu některých životních zážitků na tělesné zdraví a duševní stav. Velmi stojíme o spolupráci s Vámi. Pokud se rozhodnete odpovědět na kladené otázky, prosíme vyčleňte si asi 20-25 minut Vašeho času a ujistěte se, že můžete odpovídat v klidu a po rozvaze.



DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

1. Věk ČÍSLO = VĚK V LETECH **musí být minimálně 18**

2. Pohlaví: muž 1 – žena 2

3. Rodinný stav:

svobodný/á	1
žinatý/vdaná	2
rozvedený/á	3
vdovec/vdova	4
s druhem/družkou	5
bez partnerského vztahu	6

4. Prožil/a jste v minulém roce (posledních 12 měsíců) nějakou výrazně nepříjemnou, **nežádoucí událost** (např. rozvod, závažná nemoc v rodině, úmrtí blízké osoby)?

ANO 1 – NE 2

5. V současné době hodnotíte svoji materiální situaci (majetek, příjem) jako:

Velmi dobrou 1 2 3 4 5 **Špatnou**

6. Prosím zakroužkujte na škále od 1 do 5, jak se dnes cítíte:

Výborně 1 2 3 4 5 **Velmi špatně**

7. Nejvyšší dosažené vzdělání:

Zakroužkujte	Zakřížkujte
.	Jste:
základní -1	- student – 1 <input type="checkbox"/>
.	- zaměstnanec - 2 <input type="checkbox"/>
vyučení bez maturity - 2	- osoba samostatně výdělečně činná – 3 <input type="checkbox"/>
.	- v pracovní neschopnosti; rehabilitace – 4 <input type="checkbox"/>
střední odborné bez maturity - 3	- na mateřské dovolené – 5 <input type="checkbox"/>
.	- v částečném invalidním důchodu – 6 <input type="checkbox"/>
učební obory s maturitou - 4	- v ČID + pracujete – 7 <input type="checkbox"/>
úplné střední všeobecné s maturitou - 5	- v invalidním důchodu – 8 <input type="checkbox"/>
.	- ve starobním důchodu – 9 <input type="checkbox"/>
úplné střední odborné s maturitou - 6	- v domácnosti – 10 <input type="checkbox"/>
nástavbové studium, absolvování dvou nebo více středních škol - 7	- pobíráte sociální podporu – 11 <input type="checkbox"/>
vyšší odborné vzdělání - 8	- jiné <input type="checkbox"/>
vysokoškolské bakalářské - 9	
vysokoškolské vzdělání – 10	
vědecká příprava (Ph.D.) – 11

ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

	<p style="text-align: center;">- -</p> <p>Prosíme zakroužkujte právě jednu z možností</p>
1. Byl/a jste Vy sám/a někdy psychiatricky léčen/a?	ANO - NE
2. Byli Váš vlastní otec, matka, bratr nebo sestra psychiatricky léčeni?	ANO - NE
3. Měl/a jste někdy problémy s nadměrným užíváním nebo závislostí na alkoholu?	ANO - NE
4. Měl/a jste někdy problémy s nadměrným užíváním nebo závislostí na drogách (např. marihuana, pervitin...)?	ANO - NE
5. Nadužíval/a jste někdy v minulosti nebo v současnosti nějaké léky? Pokud ano, jaké?	- ANO - NE
6. Trpíte nějakou tělesnou chorobou? Pokud ano, jakou?	- ANO - NE
7. Berete v současnosti nějaké léky, které ovlivňují Vaši náladu, výkonnost?	ANO - NE
8. Měl/a jste někdy epileptický záchvat?	ANO - NE
9. Byl/a jste někdy více než 5 minut v bezvědomí?	ANO – NE